



10 jaar hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België: een voortdurend evoluerend proces

Rapport – April 2021

Inhoudstafel

<u>Inleiding</u>	3
I - REIKWIJDTE VAN DE ANALYSE	4
II - AANPAK	5
<u>Deel 1. Thematische analyse</u>	6
0. Het kader	7
1. Intersectoraliteit	10
2. Samenwerking en transversaliteit	21
3. Sensibilisatie- Informatie - Communicatie	28
4. Participatie van de zorggebruikers en familie/naasten	33
5. Visie op herstel, de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg	38
6. Evaluatie	47
<u>Deel 2 - Synthese per doelstelling</u>	51
0. Het kader	52
1. Doelstelling 1: Stimuleren van participatie, netwerken en intersectorale samenwerking	53
2. Doelstelling 2: Het teweegbrengen van een culturele verandering onder alle actoren betrokken bij de hervorming	56
3. Doelstelling 3: Verbetering van opvolging van de gebruikers, toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de zorg	58
<u>Deel 3 - Algemeen overzicht en vaststellingen</u>	60
0. Inleiding	61
1. Algemeen overzicht	62
2. Meting van de perceptie van de panels van de evolutie van het dispositief van de doelstellingen van de hervorming	63
3. Synthesenota	64

Inleiding

Inleiding

I – REIKWIJDTE VAN DE ANALYSE

- Het doel van de FOD is om even stil te staan bij en de balans op te maken van wat er is verwezenlijkt sinds de invoering van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (IMC Volksgezondheid 26 april 2010), een beter inzicht te krijgen met betrekking tot de huidige stand van zaken en vooral om lijnen uit te zetten die ons in staat stellen de toekomst van deze hervorming uit te tekenen (Volwassenen 2010 en Kinderen en Jongeren 2015)¹
- De vraag van de opdrachtgever was om na te denken over de globale visie van de hervormingen en het beleid dat wordt ontwikkeld en om een analyse te maken van het hervormingsproces zoals dat in de netwerken is uitgevoerd, zowel volwassenen als kinderen en jongeren
- Het gaat dus niet om een analyse van criteria als doeltreffendheid, doelmatigheid, coherentie of duurzaamheid, maar om een analyse van de wijze waarop de netwerken tot stand zijn gekomen en van de manier waarop dezelfde netwerken tot nu toe een antwoord hebben gegeven op de hoofddoelstellingen van de hervorming
- In de rest van het verslag zullen wij steeds spreken van "de hervorming", ook al is deze in twee fasen tot stand gekomen, volwassenen van bij het begin, kinderen en jongeren (in het kader van wat "het nieuwe geestelijke gezondheidsbeleid" wordt genoemd) daarna, voor zover de twee hervormingen bijdragen tot dezelfde doelstellingen en dezelfde filosofie van de hervorming
- Kaarten van de netwerken

Netwerken Volwassenen



Netwerken Kinderen en Jongeren



¹ Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg en Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren

Inleiding

II – AANPAK

- De analyse is tot stand gekomen dankzij de medewerking van het Experteam van de FOD Volksgezondheid, dat ons op methodologisch vlak heeft begeleid, maar dat volledig neutraal wilde blijven en dus geen deel uitmaakte van het team dat de analyse heeft uitgevoerd.
- Onze aanpak is opgebouwd uit volgende fasen :
 - 1^e fase: aanpak bepalen
 - 2^e fase: analyse van de ontvangen documenten
 - 3^e fase: panels met deskundigen
 - 4^e fase: consolidatie en feedback
- 1^e fase: het bepalen van de aanpak
 - Validering van de doelstellingen van de hervorming
 - Oplijsting van een aantal vragen om in kaart te brengen of de doelstellingen van de hervorming zijn bereikt
 - Oplijsting van de thema's van de analyse, indicatoren en de methode voor het verzamelen ervan
- 2^e fase: analyse van de ontvangen documenten
 - Input: activiteitenverslagen 2019, feedbackbrieven van in 2019 afgelegde bezoeken, aanvullende vragenlijsten die naar netwerkcoördinatoren zijn gestuurd, diverse door Experteam verstrekte documentatie. Wij hebben ervoor gekozen de netwerken in 2019 te "fotograferen". De recentere gegevens stelden ons niet in staat de evolutie van de netwerken sinds de effectieve uitvoering van de hervorming en van de netwerken zelf op een homogene en betrouwbare manier te behandelen, vanwege de bijzondere COVID-periode van 2020-2021
 - Output: per thema, identificatie van de bevindingen/tendensen die uit de lezing van de verschillende indicatoren naar voren komen om het debat van de deskundigenpanels te voeden
- 3^e fase: panels met deskundigen
 - Van 17 tot 26 maart 2021 (12 panels: 6 NL en 6 FR) + feedback aan de coördinatoren op 20 en 21 april 2021 (4 panels: 2 NL en 2 FR)
 - Thema's :
 1. Werking van het netwerk : intersectoraliteit en evaluatie
 2. De werking van het netwerk op het terrein: Intersectoraliteit, evaluatie en geografische dekking van Mobiele teams
 3. Communicatie – Informatie – Sensibilisering : Communicatie – Informatie – Sensibilisering en evaluatie
 4. Organisatie van de zorggebruikers: participatie van de zorggebruikers en familie/naasten
 5. Samenwerking : Samenwerking tussen netwerken en focus op de samenwerking m.b.t. het doelpubliek van 16-23 jaar
 6. Visie op herstel
 - Input: Bevindingen/tendensen uit de analyse van de ontvangen documenten
 - Output: reacties op deze bevindingen, mogelijke verklaringen voor de geconstateerde verschillen, hefbomen en hindernissen in het proces van netwerkvorming met betrekking tot de behandelde thema's
- 4^e fase: consolidatie en feedback
 - Consolidatie van de gegevens van de panels 1 tot en met 12 en uitwisseling met de netwerkcoördinatoren (panels 13 tot 16)
 - Terugkoppeling en rapport aan het Experteam

Deel 1. Thematische analyse

Deel 1. Thematische analyse

0 - Het kader

Dit deel van het rapport bestaat uit 2 delen

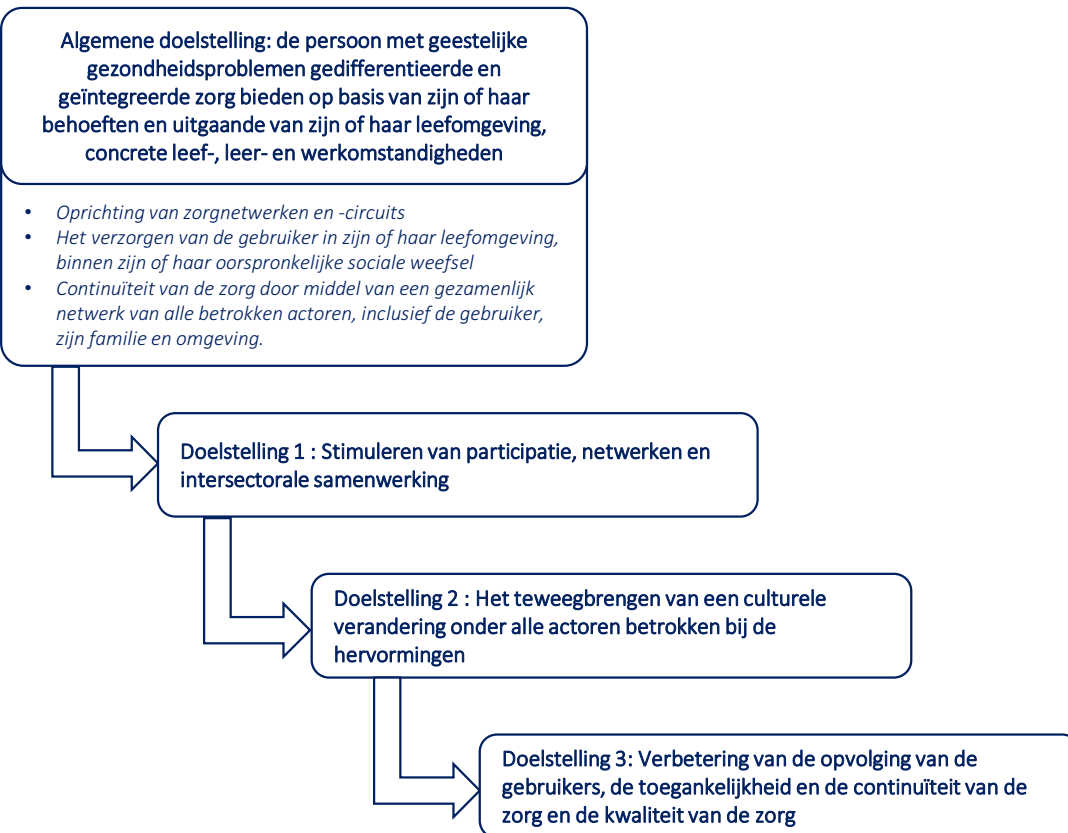
1. Het kader van de thematische analyse

- Een overzicht van de doelstellingen van de hervorming, zoals gevalideerd door het Expertteam
- De lijst van vragen om te zien of de doelstellingen zijn bereikt
- De lijst van geanalyseerde thema's in het tweede luik van dit deel

2. De analyse van de thema's

1. Intersectoraliteit
2. Samenwerking/Transversaliteit
3. Sensibilisatie- Informatie - Communicatie
4. Participatie van de zorggebruikers en familie/naasten
5. Visie op herstel, de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg
6. Evaluatie

Les objectifs de la réforme



Deel 1. Thematische analyse

0 - Het kader

Vragen om de verwezenlijking van de doelstellingen te beoordelen

Doelstelling 1 : Stimuleren van participatie, netwerken en intersectorale samenwerking	Doelstelling 2 : Het teweegbrengen van een culturele verandering onder alle actoren betrokken bij de hervormingen	Doelstelling 3: Verbetering van de opvolging van de gebruikers, de toegankelijkheid en de continuïteit van de zorg en de kwaliteit van de zorg
<ul style="list-style-type: none">• Welke functies en programma's zijn daadwerkelijk in een netwerk opgenomen? Via welke specifieke soorten acties (zorgprogramma, enz.)?• In hoeverre is de eerste lijn beter geïntegreerd in deze complementariteit van hulp en zorg rond de behoeften van de gebruikers?• Wat zijn de innovatieve praktijken geweest?• In hoeverre is er sprake van een verschuiving naar meer dialoog, coördinatie en samenwerking en op welk niveau (partners, netwerken, autoriteiten, enz.)?• In hoeverre zijn er echte intersectorale samenwerkingsverbanden tot stand gekomen?• Wordt de participatie van zorggebruikers en familieleden geïmplementeerd en maakt deze deel uit van de cultuur? Hoe kan dit worden aangetoond?• Welke balans kan worden gemaakt van de effectieve participatie van volwassenen/kinderen en adolescenten in het kader van het opgezette systeem?	<ul style="list-style-type: none">• In hoeverre heeft de hervorming een culturele verandering/evolutie teweeggebracht in de alomvattende en geïntegreerde zorg voor de zorggebruikers?<ul style="list-style-type: none">• <i>Van de psychiatrie tot het concept van de geestelijke gezondheid</i>• <i>Van de bio/medische psychosociale visie tot de vermaatschappelijking van de zorg</i>• <i>De evolutie van de rol van de psychiater en van de andere actoren die de gebruiker en zijn entourage vanuit een andere invalshoek moeten beschouwen (interviewmethodologie).</i>• <i>Met betrekking tot ernstige psychiatrische aandoeningen: evolutie van het medische model naar een ontwikkelings- en herstelmodel</i>• Wat is de evolutie van de praktijken en op welk gebied? In termen van functies en programma's?• In welke mate heeft de netwerkvorming, de zorgcircuits en/of de intersectorale aanpak het bewustzijn van de specificiteit en de deskundigheid van elke actor bij de verbetering van de geïntegreerde en niet-gesegmenteerde bijstand en zorg voor de bevolking vergroot?	<ul style="list-style-type: none">• (In welke mate) is de bijstand en de zorg voor de zorggebruikers meer geïntegreerd dan tien jaar geleden? Hoe wordt de kwaliteit en de evolutie ervan gemeten?• In hoeverre heeft de participatie van gebruikers en familieleden invloed gehad op de organisatie van de zorg op macro- (overheden) en meso- (diensten) niveau?• In hoeverre hebben de zorgnetwerken en zorgcircuits een antwoord mogelijk gemaakt dat meer gericht is op de behoeften van de zorggebruikers en hun gezinnen (met een globale visie)?• Wordt de participatie van gebruikers en familieleden geïmplementeerd en maakt deze deel uit van de lokale cultuur? Hoe kan dit worden aangetoond?• Welke beoordeling kan worden gemaakt van de effectieve deelname van volwassenen/kinderen en adolescenten in het kader van het opgezette systeem?

Deel 1. Thematische analyse

0 - Het kader

Geïdentificeerde thema's

Van meet af aan werd ervoor gekozen thema's te identificeren die, via de analyse van de ontvangen documenten en de besprekingen binnen de panels, een antwoord zouden kunnen bieden op de gestelde vragen

- Deze thema's zijn de volgende :
 1. Intersectoraliteit
 2. Samenwerking/Transversaliteit
 3. Communicatie – Informatie – Sensibilisering
 4. Participatie van de zorggebruikers en familie/naasten
 5. Visie op herstel, de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg
 6. Evaluatie
- We analyseren in dit eerste deel van het rapport de verschillende thema door, voor elk thema, het volgende in kaart te brengen:

- De bevindingen verkregen op basis van de analyse van ontvangen documenten en de deskundigenpanels. *De reacties van de panels zijn bij elk thema in het blauw vermeld*
- De hefbomen en hindernissen bij de opbouw van netwerken met betrekking tot het thema in kwestie (volgens de panels)
- De eindbeoordeling, zoals door het panel gedeeld. Voor de meeste vragen werd de panels gevraagd een beoordeling te geven op een schaal van 1 tot 4, en wel als volgt :

Zwak/voelbaar/significant/zeer sterk



Het door het panel gegeven niveau wordt in elk thema aangeduid met de volgende figuur



(in dit voorbeeld is het door het panel gegeven antwoord "significant")

- Pistes om de manier waarop de netwerken vorm krijgen te verbeteren, die tijdens de panelgesprekken geopperd werden

Deel 1 – Thematische analyse

Intersectoraliteit

Deel 1. Thematische analyse

1. Intersectoraliteit

1. Inleiding

Intersectoraliteit is van essentieel belang om verder te gaan dan het curatieve aspect en rekening te houden met de gebruiker als persoon, waarbij welzijn en leefomgeving worden geïntegreerd door middel van een holistische visie op zorg. Wij hebben eerst gekeken naar intersectoraliteit in het algemeen en vervolgens meer specifiek wat betreft de netwerken K&J; we hebben vervolgens de analyse verfijnd, aangezien intersectoraliteit als minder gevorderd werd beschouwd in vergelijking met de netwerken volwassenen. We hebben tevens het gemiddelde gewicht geanalyseerd van elke sfeer en diens actoren in de organen en in de werking van de netwerken K&J. Om de analyse te vervolledigen, onderzochten we de regelmaat van de contacten van de coördinatoren met de partners in de netwerken volwassenen en K&J

2. Vaststellingen

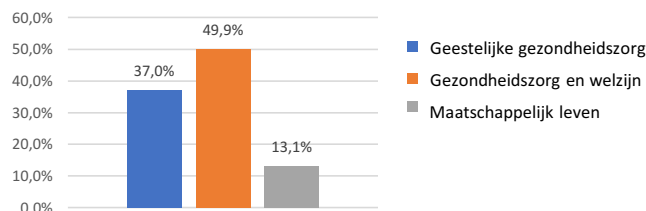
A. Algemene vaststellingen

- Er zijn verschillende niveaus van intersectorale integratie tussen de netwerken; op het niveau van volwassenen is de evolutie positief in de meeste netwerken en de vijf functies zijn aanwezig en ontwikkeld in alle netwerken.
- Volgens de panels is er ten opzichte van het begin van de hervorming veel vooruitgang geboekt bij de openstelling naar partners van de geestelijke gezondheidszorg en naar partners van andere sferen. Het is echter moeilijker om van bepaalde partners, zoals huisartsen en scholen, een representatieve deelname te bewerkstelligen
- De inspanningen om intersectoraliteit en netwerkvorming te ontwikkelen worden benadrukt en moeten worden voortgezet, om alzo een gemeenschappelijke taal te spreken
- In het algemeen is er (althans op het niveau van volwassenen) een oververtegenwoordiging van de sector geestelijke gezondheidszorg
- Volgens de panels is de geestelijke gezondheidszorg (ziekenhuizen) sterk (over)vertegenwoordigd. Dit zou geen ondervetegenwoordiging van andere sectoren zijn, maar een oververtegenwoordiging van de geestelijke gezondheidszorg, die met name verband houdt met het grote aantal psychiatrische ziekenhuizen, die immers de financieringsbron van de netwerken zijn

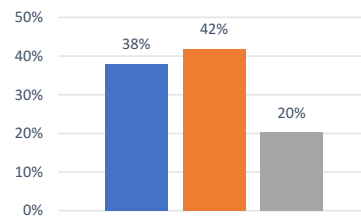
B. Netwerken K&J : samenstelling van de organen en functionele WG

- De onderstaande grafieken geven het gewicht weer van de partners van de verschillende sferen voor de netwerken K&J

Gemiddeld gewicht van elke sfeer in de functionele WG van het netwerk*.



Gemiddeld gewicht van elke sfeer in de organen van het netwerk*.



- gegevens verzameld van 7 van de 11 netwerken op basis van meegedeelde data over werkgroepen en hun samenstelling

11

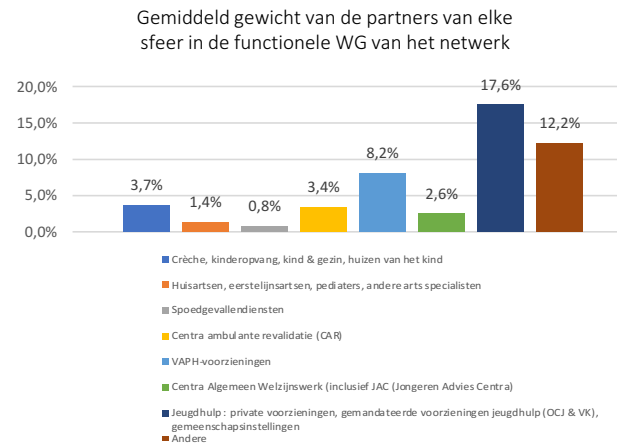
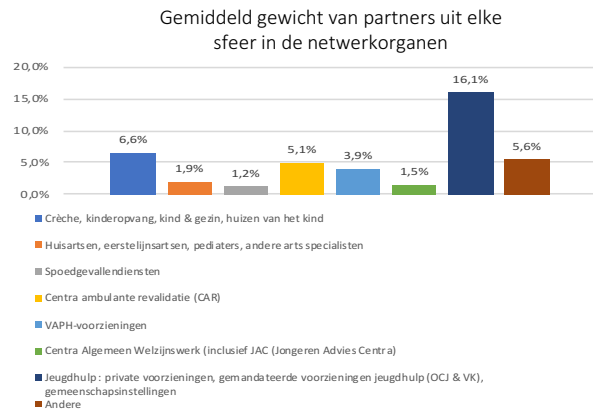
- De Gezondheidszorg en welzijnsactoren zijn in de meerderheid in de organen van de netwerken, maar in mindere mate dan in de werkgroepen
- Het maatschappelijk leven is sterk ondervetegenwoordigd ; dit is nog meer het geval op het niveau van de functionele werkgroepen
- Volgens de panels hecht de Overheid te veel belang aan de samenstelling van het netwerkcomité, terwijl dit niet representatief is voor de werking ervan
- Zij zijn van mening dat intersectoraliteit van essentieel belang is om ook andere gebieden dan geestelijke gezondheidszorg te vertegenwoordigen en om, naast het curatieve doel, het welzijn van de zorggebruikers na te streven
- Geestelijke gezondheid is echter nog steeds overheersend in veel netwerken
- In het algemeen bestaan er op het terrein partnerschappen, maar op het niveau van werkgroepen en netwerkorganen zijn die moeilijk te verwezenlijken

Deel 1. Thematische analyse

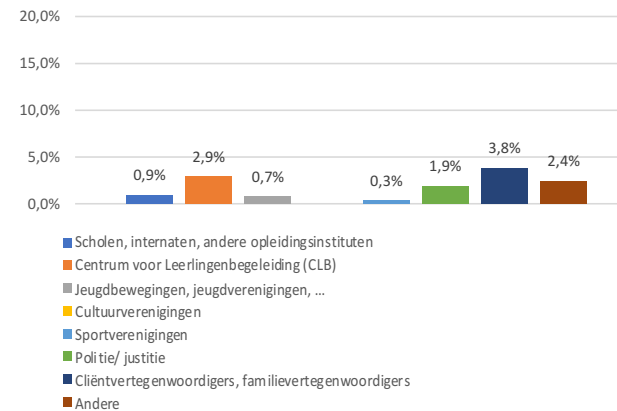
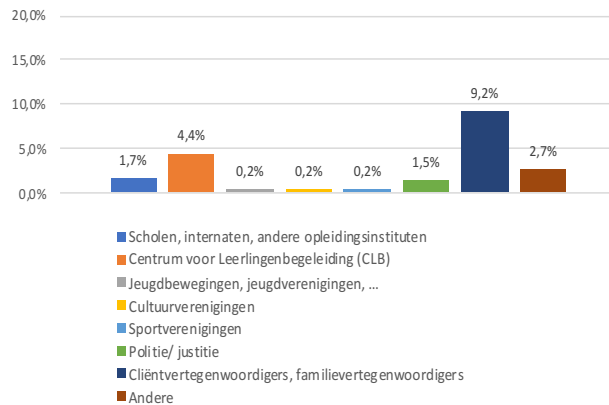
1. Intersectoraliteit

- De onderstaande grafieken tonen het precieze gewicht van de partners uit de verschillende sferen voor deze zelfde netwerken K&J

Gezondheidszorg en welzijn



Maatschappelijk leven



- Voor de sfeer van Gezondheidszorg en welzijn is Jeugdhulp de belangrijkste partner van de netwerkorganen en de WG
- Volgens de panels werkten de K&J vanaf het begin samen met de voorzieningen voor Jeugdhulp. Voorts vestigen de panels de aandacht op het feit dat de Welzijnspartners weliswaar goed vertegenwoordigd zijn, maar dat een vertegenwoordiger van een (sub)sector niet noodzakelijkerwijs formeel die sector vertegenwoordigt (bv. huisartsen)
- Wat het maatschappelijk leven betreft, zijn de vertegenwoordigers van zorggebruikers en familie de meest vertegenwoordigde partners in het netwerk en de organen van de werkgroep
- Volgens de panels zijn de vertegenwoordigers van zorggebruikers en familieleden in netwerken K&J niet zo aanwezig in de netwerkorganen als de vaststellingen suggereren, en bevinden ze zich nog niet op het niveau van netwerken volwassenen
- In het algemeen laten deze grafieken een grotere vertegenwoordiging zien van actoren uit sectoren die betrokken zijn bij de zorg voor jongeren met (justitionele) moeilijkheden, aandacht voor de doelgroep met een dubbeldiagnose, en een goede betrokkenheid van de opvangcentra en de CLB's. Aan de andere kant wordt er nog steeds te weinig rekening gehouden met jongeren in hun gezins-, school- en vrijetijdsomgeving
- De panels zijn het eens met de bevindingen betreffende vrijetijdsomgeving, maar vinden dat de gezins- en schoolomgeving goed in aanmerking worden genomen

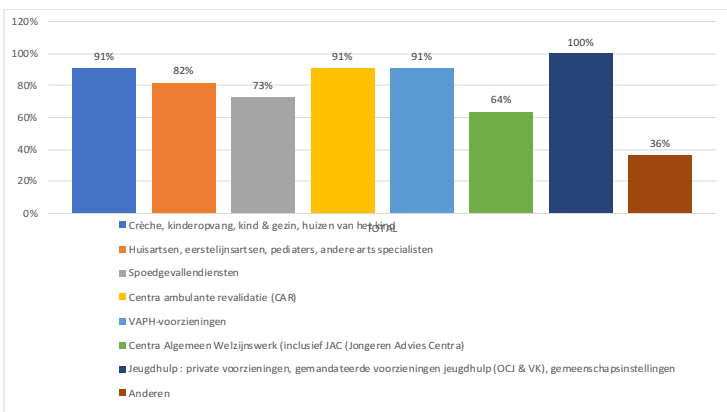
Deel 1. Thematische analyse

1. Intersectoraliteit

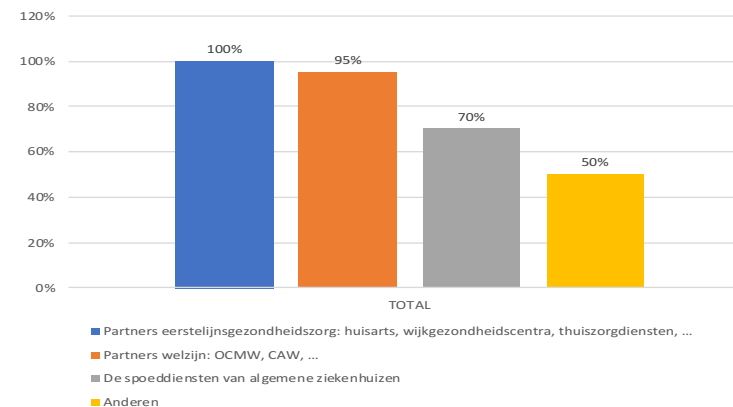
C. Specifieke vaststellingen: regelmatige contacten hebben met de partners uit de gezondheidszorg en welzijn



Aantal netwerken K&J die regelmatige contacten hebben met de partners uit de gezondheidszorg en welzijn



Aantal van de netwerken Volwassenen die regelmatige contacten hebben met de partners uit de gezondheidszorg en welzijn



- De situatie van de jonge zorggebruiker in (justitionele) moeilijkheden trekt de aandacht van alle netwerken
- Bepaalde doelgroepen lijken specifieke aandacht te vereisen (handicap - dubbeldiagnose)
- Contacten met de spoedgevallendiensten van algemene ziekenhuizen en met OCMW's zouden moeilijker te leggen zijn

- Volgens de panels hebben de netwerken contacten met algemene ziekenhuizen, maar niet met hun spoeddiensten, maar wel met hun liaisonpsychiatrie; het lage aantal contacten met de spoedgevallendiensten wordt als "goed" beschouwd, in de mate dat de netwerken zich richten op gespecialiseerde zorg

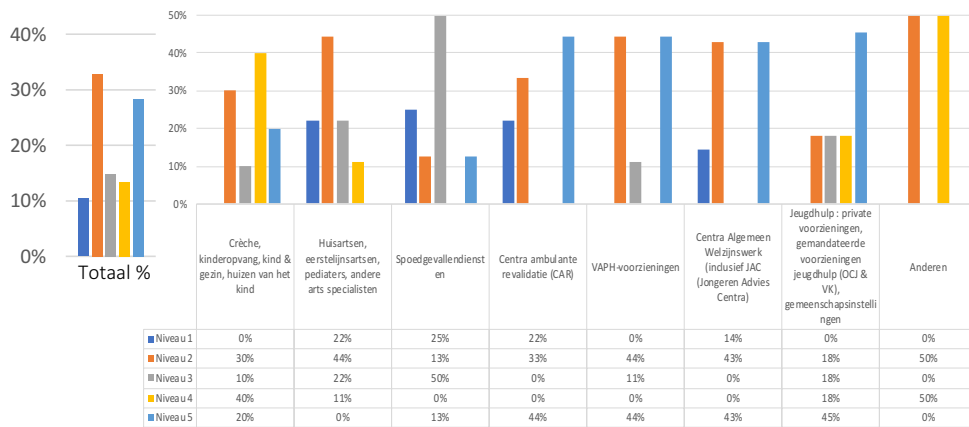
- Gezien het profiel van de zorggebruikers zouden de netwerken zich in de eerste plaats hebben gericht op de eerstelijnszorg en welzijn
- De betrokkenheid van de spoedgevallendiensten van algemene ziekenhuizen blijft achter bij die van niet-ziekenhuispartners

Deel 1. Thematische analyse

1. Intersectoraliteit

1. De georganiseerde contacten zijn alleen van informatieve aard
2. De georganiseerde contacten zijn hoofdzakelijk van informatieve aard en worden ad hoc georganiseerd
3. De georganiseerde contacten zijn hoofdzakelijk consultatief en worden op systematische wijze georganiseerd
4. De georganiseerde contacten hebben vooral een adviserend karakter en hebben geleid tot een ad hoc samenwerkingsaanpak
5. De contacten betreffen een reële samenwerking en worden op een systematische manier georganiseerd.

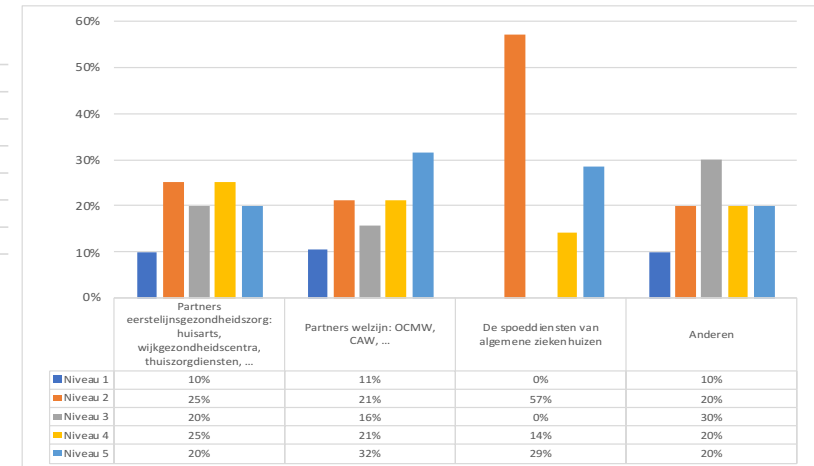
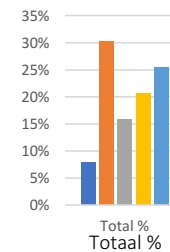
De aard van de regelmatige contacten van de netwerken met de partners gezondheidszorg en welzijn



K&J

Volwassenen

De aard van de regelmatige contacten van de netwerken met de partners gezondheidszorg en welzijn



- Er is een behoorlijke mate van heterogeniteit in de intensiteit van de regelmatige contacten van netwerken K&J met verschillende partners : De meest intensieve contacten zijn met Jeugdhulp (5), CAR (5), Gehandicaptenzorg (5) en de minst intensieve met huisartsen (2) en de spoeddiensten van de AZ (3)
- Volgens de panels wordt de relatie met spoedgevallendiensten in de praktijk als alomtegenwoordig beschouwd . Zij verwijzen vaak door naar netwerkprofessionals. Anderzijds werkt de follow-up van noodgevallen niet zo goed
- Bijzondere aandacht moet worden besteed aan K&J, voor wie passende zorg door een kinderpsychiater vaak niet gegarandeerd is
 - We constateren 2 niveaus van maturiteit, afhankelijk van de partners: meer informatieve contacten of meer samenwerkingsgerichte contacten met partners
 - Volgens de panels brengen systematische contacten veel werk met zich mee, zodat de netwerken de voorkeur geven aan informele/ad-hoc-contacten

- Er is een grote heterogeniteit in de intensiteit van de regelmatige contacten tussen de netwerken volwassenen en de verschillende partners. De contacten blijven hoofdzakelijk informatief en ad hoc (2), vooral met de spoeddiensten van algemene ziekenhuizen, terwijl ze intensiever zijn met de partners welzijn (5) en de eerstelijnszorg (4 en 5)
- Volgens de panels is het contact met de spoedgevallendienst minder systematisch vanwege de aard van de diensten voor spoedgevallen. Deze contacten zijn echter over het algemeen intensiever met de crisisteam

Deel 1. Thematische analyse

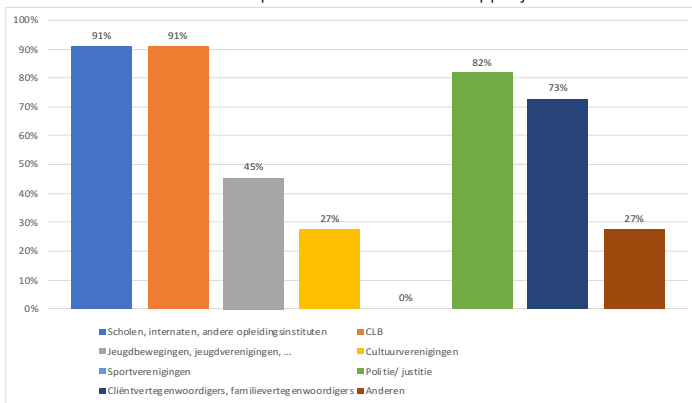
1. Intersectoraliteit

C. Specifieke vaststellingen: regelmatige contacten hebben met de partners uit het maatschappelijk leven

K&J

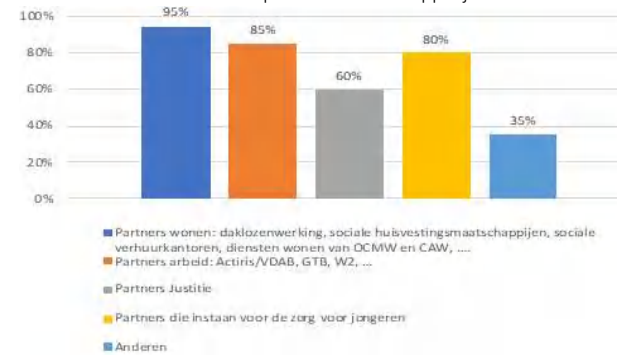
Volwassenen

Aantal netwerken K&J die regelmatige contacten hebben met partners uit het maatschappelijk leven



- Contacten zijn frequenter met institutionele partners die verbonden zijn met de schoolomgeving en met justitie
- De stem van de zorggebruikers, en met name die van de familie, wordt gehoord
- Volgens de panels is er over het algemeen een groot verschil tussen het percentage deelnemende vertegenwoordigers van familie en het percentage deelnemende vertegenwoordigers van zorggebruikers. Er zijn minder vertegenwoordigers van zorggebruikers
- De sociaal-culturele dimensie van de jongere lijkt minder aandacht te krijgen
- Volgens de panels is het moeilijk voor sportverenigingen om hun plaats in de netwerken te vinden. Op het terrein verloopt de samenwerking goed, maar zij is individueel en functioneel, niet macro/meso en niet structureel

Aantal van de netwerken Volwassenen die regelmatige contacten hebben met de partners maatschappelijk leven



- De contacten lijken meer gericht te zijn op re-integratie (huisvesting/tewerkstelling)
- Volgens de panels is het grote aantal regelmatige contacten met Tewerkstelling en Huisvesting te verklaren door het feit dat dit prioritaire acties van de rehabilitatie zijn
- Contacten met justitie zouden minder nuttig of moeilijker te leggen zijn dan voor K&J, gezien de doelgroepen
- Er is veel aandacht voor de scharnierleeftijd "16-23 jaar"
- De panels betreuen echter een gebrek aan samenwerking tussen de netwerken volwassenen en K&J voor deze specifieke doelgroep. Sommige dimensies die door K&J worden behandeld, worden niet door volwassenen behandeld en K&J-dossiers worden niet door volwassenen overgenomen bij de overgang van zorggebruikers

Deel 1. Thematische analyse

1. Intersectoraliteit

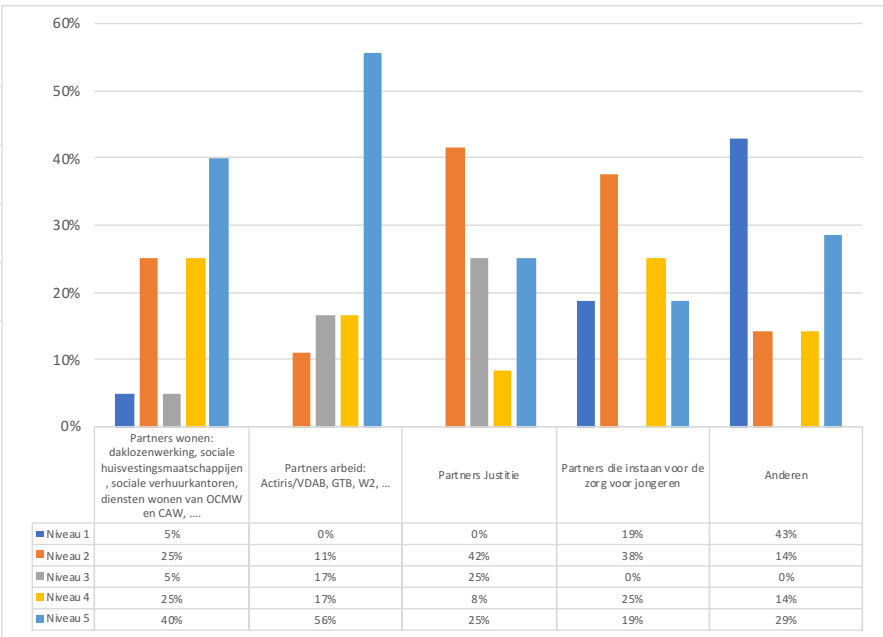
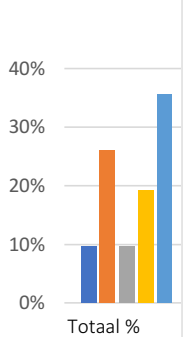
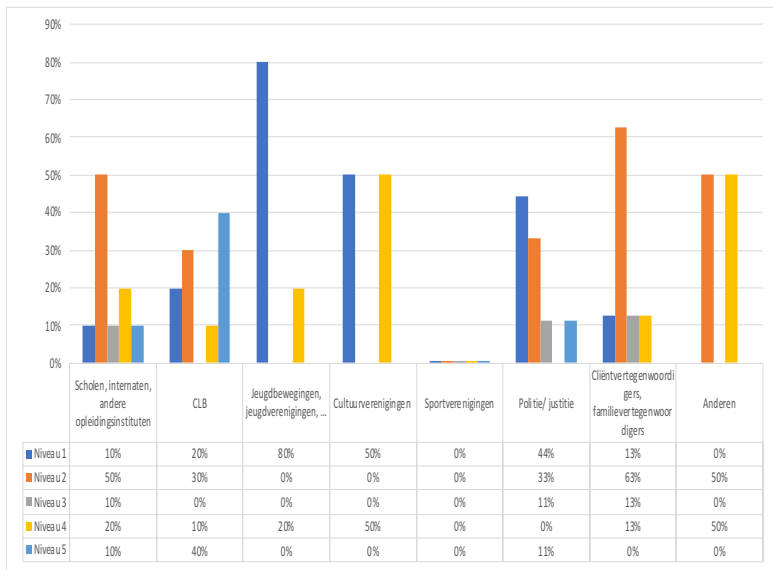
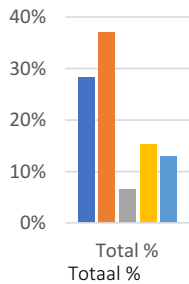
1. De georganiseerde contacten zijn alleen van informatieve aard
2. De georganiseerde contacten zijn hoofdzakelijk van informatieve aard en worden ad hoc georganiseerd
3. De georganiseerde contacten zijn hoofdzakelijk consultatief en worden op systematische wijze georganiseerd
4. De georganiseerde contacten hebben vooral een adviserend karakter en hebben geleid tot een ad hoc samenwerkingsaanpak
5. De contacten betreffen een reële samenwerking en worden op een systematische manier georganiseerd.

De aard van de regelmatige contacten met de partners maatschappelijk leven

K&J

Volwassenen

De aard van de regelmatige contacten van de netwerken met de partners uit het maatschappelijk leven



- De meest intensieve contacten zijn met het CLB (5), terwijl de contacten met scholen, jeugdbewegingen, vertegenwoordigers van zorggebruikers en politie of justitie meer van informatieve aard zijn (1 en 2)
- We constateren 2 niveaus van maturiteit, afhankelijk van de partners: meer informatieve contacten of meer samenwerkingsgerichte contacten met partners
- Volgens de panels brengen systematische contacten veel werk met zich mee, zodat de netwerken de voorkeur geven aan informele/ad-hoccontacten
- Er is een zekere heterogeniteit in de intensiteit van de regelmatige contacten van netwerken volwassenen met verschillende partners uit het maatschappelijk leven
- De contacten zijn in de meeste gevallen intensief (5) en informatief (2), met een grotere intensiteit voor Tewerkstelling (5) en Huisvesting (4 en 5)

Deel 1. Thematische analyse

1. Intersectoraliteit

3. Hefbomen en hindernissen voor intersectoraliteit

A. Op het niveau van de netwerkorganen

➤ Hindernissen

- Het toetreden en participatie is niet verplicht (zoals in structuren met rechtspersoonlijkheid of in geval van een mandaat) en de vrije keuze van deelname stimuleert dus niet de participatie van partners in de organen en werkgroepen van de netwerken
- Geografische organisatie van netwerken versus lokale organisatie van partners meer bevorderlijk voor samenwerkingsverbanden
- De aanwezigheid van bepaalde partners in meerdere netwerken (werklast)
- Gebrek aan een gemeenschappelijke visie bij de netwerkpartners en gebrekkige kennis van de netwerkdoelstellingen
- De verschillende visie op zorg naargelang de sector (geestelijke gezondheid versus niet-geestelijke gezondheid)
- Netwerkcomités worden door de eerstelijnszorg als te strategisch ervaren; mobilisatie is veel gemakkelijker op het niveau van concrete acties
- De afwezigheid van vertegenwoordigers van de overheden in de organen van de netwerken
- Beperking van de leeftijd van de doelgroepen van de netwerken: het probleem van de 16-23-jarigen (jeugdbescherming betreft jongeren tot 25 jaar)
- Historische rivaliteit en een concurrentiële positionering tussen zogenaamde partners
- Verschillende werking van sectoren (institutionele versus niet-institutionele partners) of gebrek aan belangstelling (niet-geestelijke gezondheidssector)
- Weerstand tegen verandering: integratie in het netwerk vereist veranderingen in de werkwijzen
- Gebrek aan tijd en hoge werkdruk bij sommige partners
- De perceptie van sommige actoren dat zij geen legitimiteit hebben om deel te nemen

➤ Gebruikte hefbomen

- De neutraliteit van coördinatoren en de faciliterende rol van verbindingsfunctionarissen van de netwerken K&J, van intersectorale consult- en liaisonfuncties (ICL) en van mobiele teams
- Legitimering van de aanpak: sommige sectoren werkten al op intersectorale wijze (jeugdhulp); sommige niet-geestelijke-gezondheidspartners vragen om steun van geestelijke-gezondheidspartners
- Rechtstreekse en individuele contacten tussen partners
- Het multidisciplinaire karakter van mobiele teams (geestelijke gezondheid en niet-geestelijke gezondheid) en hun relatie met de eerstelijnszorg
- De uitvoering van concrete acties waarbij de participatie van actoren een rol speelt (bijvoorbeeld: beschouwing over de participatie van zorggebruikers in algemene ziekenhuizen)
- het opzetten van structurele samenwerkingsverbanden, met name voor 16- tot 23-jarigen; samenwerkingsverbanden tussen netwerken volwassenen en kinderen/jongeren maken het bijvoorbeeld mogelijk afspraken te maken over de zorg voor en de follow-up van jongeren vóór de spilleeftijd

Deel 1. Thematische analyse

1. Intersectoraliteit

B. Op het niveau van de werking van de netwerken (werkgroepen)

➤ Hindernissen

- Het aantal partners bemoeilijkt de samenstelling en de werking van de werkgroepen
- Verschillen in middelen tussen partners (tijd, financieel) beïnvloeden deelname aan WG
- Geen verplichting tot deelname
- De moeilijkheid om (sub)sectoren te vertegenwoordigen die minder geïnstitutionaliseerd/georganiseerd zijn (bv. huisartsen) en het gebrek aan legitimiteit om namens een groep te spreken
- Partners soms te ver verwijderd van de praktijk
- De omvang van de netwerken en de moeilijkheid voor de partners om hun vertegenwoordiging te organiseren: hoe groter ze zijn, hoe moeilijker het is om alle actoren rond de tafel te krijgen
- Geografische afstand (reistijd)
- Het gebrek aan financiële middelen en het gebrek aan middelen van bepaalde sectoren (huisvesting, functie 3, ...)
- De verschillende werking van de sectoren (institutionele versus niet-institutionele partners: voetbalclubs zijn aanwezig op lokaal niveau, niet op meso- of macroniveau)
- Onvoldoende proactiviteit van de actoren in de WG (aansturing door de netwerkcoördinatoren)
- De overbelasting van sommige partners, het bestaan van talrijke overlegfora met dezelfde deelnemers en het gebrek aan motivatie
- De besproken onderwerpen zijn niet altijd concreet genoeg
- De specificiteit/techniciteit van het gebruikte jargon
- Een gevoel van gebrek aan erkenning door de overheden ten aanzien van de in bepaalde projecten gedane investeringen

➤ Gebruikte hefboomen

- De integratie van de verschillende actoren in reeds bestaande fora van coördinatie om een netwerk te laten functioneren, in plaats van nieuwe WG op te richten
- Samenwerken aan concrete projecten en acties
- Individuele en voortdurende communicatie, met name door gebruik te maken van klinische contacten om partners aan te moedigen tot het netwerk toe te treden
- De uitvoering van sensibiliseringsacties (bv. bijeenkomst van functionarissen van functie 3 met de Waalse arbeidsbemiddelingsdienst Forem)

Deel 1. Thematische analyse

1. Intersectoraliteit

4. Eindbeoordeling



- Aan het eind van de sessie stelden wij de **volgende vragen** aan de panels om na te gaan wat hun algemene gevoel was met betrekking tot verschillende thema's :

1. *In hoeverre is de intersectoraliteit geëvolueerd sinds de invoering van de hervorming?*

- Volgens de panels is er sinds de oprichting van de netwerken een significante ontwikkeling op dit gebied geweest



2. *In hoeverre is de eerste lijn beter geïntegreerd in deze complementariteit van hulp en zorg rond de behoeften van de gebruikers?*

- Er is een verschil in perceptie tussen de panels: de netwerkcoördinatoren denken dat deze evolutie significant is, terwijl ze minder belangrijk zou zijn volgens de vertegenwoordigers van het "praktijk"-panel »



3. *In hoeverre zijn er echte intersectorale samenwerkingsverbanden tot stand gekomen?*

- Volgens de panels is er sinds de oprichting van de netwerken voelbare tot significante vooruitgang geboekt op dit gebied, hoewel er nog verbeteringen nodig zijn, met name in de eerstelijnszorg, waar nog niet voldoende rekening wordt gehouden met de geestelijke gezondheid



4. *Welke functies en programma's zijn daadwerkelijk in een netwerk opgenomen? Via welke specifieke soorten acties (zorgprogramma, enz.)?*

- In overeenstemming met de hervorming hebben de netwerken hun werkzaamheden toegespitst op alle functies en programma's (met uitzondering van de programma's voor inclusie/integratie en promotie/preventie van het nieuwe beleid, die nog niet daadwerkelijk zijn geactiveerd). De panels merken echter op dat sommige beleidsinitiatieven de netwerkvorming zouden omzeilen



5. *Wat is de evolutie van de praktijken en op welk gebied? In termen van functies en programma's?*

- De evolutie wordt nog niet als zeer positief ervaren. Denken en handelen in termen van functies en programma's is een aanzienlijke culturele verandering die soms als een extra werklast wordt ervaren. De gezondheids crisis wordt niettemin beschouwd als een opportuniteit die moet worden aangegrepen, omdat zij de netwerkvorming versterkt en de dialoog en de evolutie naar praktijken die meer gericht zijn op herstel (en niet uitsluitend op zorg), aanmoedigt



• Samenvattend :

- De netwerken evolueren, zowel in hun manier van aansturing als in hun werking, gunstig in de richting van intersectoraliteit, hoewel een grote inspanning nodig is om partners uit het maatschappelijk leven (en in het bijzonder vertegenwoordigers van zorggebruikers en naasten of de sector van de jonge kinderen) en eerstelijnspartners te integreren. De coördinatoren zijn ook van mening dat het governance model moet evolueren met het oog op de grotere betrokkenheid van de partners in vergelijking met toen de netwerken werden opgericht

- Er moet ongetwijfeld diepgaand worden nagedacht, ook over het bestuur van de netwerken zelf, teneinde binnen het netwerk een evenwicht te bewaren tussen concrete (praktijk)acties en de meso/macro-acties die het netwerk structureren. In dit verband dringen de coördinatoren aan op meer coherentie tussen overheden en meer autonomie (de overheid stelt het kader vast, de netwerken voeren uit). De belangrijkste vaststelling is dat er in het veld partnerschappen bestaan, maar dat deze op het niveau van werkgroepen en netwerkorganen moeilijk gestalte krijgen. De formalisering van samenwerkingsovereenkomsten blijft in dit stadium moeilijk

• Uit de discussie met de panels kunnen we volgende suggesties afleiden :

- Er moet een gezamenlijke denkoefening worden gehouden over :

- De filosofie van de netwerken, de visie op herstel, de zingeving, enz. en de diensten die moeten worden verleend in een perspectief van complementariteit van de aanbieders
- Vertegenwoordiging van de partners in het netwerkcomité: dit is wellicht niet nodig en kan worden vervangen door een actievere rol van de actoren in de praktijk
- Het niveau waarop de netwerken functioneren: het sectorale niveau is waarschijnlijk niet altijd geschikt, een van de belangrijkste partners is de zorggebruiker en de omgeving zelf, de zorggebruiker en de omgeving bij het meso-macro-niveau betrekken is een uitdaging en gebeurt te zelden
- Het aansturen van de netwerken

Deel 1. Thematische analyse

1. Intersectoraliteit

- **Verschillende hefboomen**, geopperd door de panels, kunnen worden gebruikt
 - Op het niveau van de overheden
 - De overheden van elke partner zouden de hervorming proactiever en op een meer gecoördineerde wijze moeten ondersteunen. Er is meer dialoog nodig tussen de federale overheid en de netwerken (de eisen van de overheid doorkruisen soms de strategische plannen van de netwerken)
 - Versterken van de dialoog en ontwikkelen van samenhang tussen het federaal niveau en de gemeenschappen
 - De subsidiërende overheden aan te moedigen om, wanneer zij een partner subsidie verlenen, deze uit te nodigen contact op te nemen met het netwerk
 - Op het vlak van communicatie
 - Meer communicatie ontwikkelen over wat we doen (niet wie we zijn)
 - Stimuleren van ontmoetingen tussen partners via :
 - ✓ Deelname van partners aan de organen van andere partners (bv. deelname van de geestelijke gezondheidszorg aan de preventieraden van de jeugdhulp)
 - ✓ Specifieke initiatieven zoals ontmoetingen tussen sectoren " ontmoetingen op bekend/onbekend terrein "
- Vanuit organisatorisch oogpunt :
 - Het netwerk en het beheer ervan praktischer maken (experimenteren met modellen op institutioneel niveau om een draagvlak te creëren)
 - Laat netwerken zich verplaatsen naar partners en niet andersom
 - Luisteren naar de behoeften van de partners om het gevoel te stimuleren dat zij tot het netwerk behoren
 - Waardering van de deelname (financieel/door de bestending van bepaalde proefprojecten, enz.)
 - Het herdenken van netwerken door nieuwe benaderingen van samenwerking te ontwikkelen (in tegenstelling tot het vermenigvuldigen van vergaderingen en overlegplatformen), door te werken aan concrete thema's of projecten of door actoren op andere niveaus dan het netwerkniveau erbij te betrekken
 - Partners die nu nog afwezig zijn op lokaal in plaats van op globaal niveau te integreren, bijvoorbeeld via proefprojecten (een beleid op basis van kleine stappen)
 - Stel een vertegenwoordiging samen van een groep naasten/ouders in plaats van een persoon om de naasten te vertegenwoordigen (het groepseffect zou een goede motivator kunnen zijn om deel te nemen aan de WG)
 - Maak gebruik van de post-covid periode om relaties te ontwikkelen met preventiepartners
 - Streven naar deelname van huisartsen door acties in huisartsenkringen (maar dit blijft moeilijk)

Deel 1 – Thematische analyse

2. Samenwerking en transversaliteit

Deel 1. Thematische analyse

2. Samenwerking en transversaliteit

1. Inleiding

Dit thema heeft betrekking op samenwerking in de brede zin van het woord. We onderscheiden daarbij 2 begrippen, in die zin dat ze betrekking hebben op 2 verschillende, maar elkaar aanvullende concepten :

- Samenwerking: dit betreft de synergiën die tot stand worden gebracht tussen netwerken gericht op het delen van goede praktijken, maar ook op het nadenken over en samenwerken aan een beter aanbod van bijstand en zorg aan zorggebruikers in termen van geografische dekking (samenwerking tussen netwerken van dezelfde doelgroepen) of dekking van specifieke doelgroepen (samenwerking tussen netwerken K&J en V voor 16-23-jarigen)
- Transversaliteit: het gaat hier om samenwerking tussen partners in hetzelfde netwerk om het aanbod te ontwikkelen of om een holistische benadering van de zorggebruiker te bevorderen waarbij rekening wordt gehouden met de specificiteit van de actoren. Dit houdt nauw verband met het begrip intersectoraliteit; daarom moeten sommige elementen van dit thema parallel met die van het thema "intersectoraliteit" worden gelezen

2. Vaststellingen

A. Samenwerkingen algemeen

▪ Gemeenschappelijke vaststellingen voor alle netwerken

- Deze hervorming volgt op vele hervormingen die in de jaren zeventig in de sector van de geestelijke gezondheidszorg in gang zijn gezet. De hervorming heeft een positieve kant, want dankzij de netwerken hebben meer patiënten toegang tot zorg. "Dehospitalisatie" mag echter niet worden gelijkgesteld met desinstitutionalisatie. Volgens de panels werd reeds vóór de hervorming samengewerkt in de vorm van proefprojecten
- De contacten tussen de netwerken volwassenen en kinderen en jongeren zijn voornamelijk van structurele aard en worden geformaliseerd via een overeenkomst of via deelneming aan de werkzaamheden van het (de) andere netwerk(en)
 - 75% van de netwerken volwassenen hebben geformaliseerde samenwerkingsverbanden
 - 80% van de netwerken K&J hebben geformaliseerde samenwerkingsverbanden
 - Volgens de panels is de samenwerking op het niveau van kinderen en jongeren zeer ingewikkeld omdat de partners afhankelijk zijn van verschillende overheden
- De samenwerking wordt op regelmatige of ad hoc basis georganiseerd en heeft betrekking op een specifiek thema (dubbeldiagnose, verslaving, eerstelijnspsychologen, enz.) of is van algemene aard. Sommige netwerken voor volwassenen organiseren overleg op het niveau van functies
- Vergaderingen worden over het algemeen gehouden tussen naburige netwerken (met uitzondering van FOD vergaderingen)
- Volgens de panels leidt de provinciale werking van de netwerken tot zelfgericht denken en dus uiteindelijk tot een vorm van verkokering
- Alle netwerken onderhouden informele contacten naast de structurele/regelmatige contacten

Deel 1. Thematische analyse

2. Samenwerking en transversaliteit

2. De vaststellingen

A. Samenwerkingen algemeen (vervolg)

▪ Tussen netwerken van dezelfde doelgroep

- FOD-vergaderingen: vergaderingen van netwerkcoördinatoren, deelname aan opleidingen en intervisies, ... (per taalrol) + Voor K&J: 4x/jaar, contacten tussen NL & FR netwerken
- Wat de netwerken K&J betreft, komen de beheerders van de intersectorale consult- en liaisonfuncties ook 4x per jaar bijeen om elkaar te ondersteunen en innovatieve praktijken uit te wisselen
- De mobiele teams komen ook buiten het kader van de FOD bijeen, hoofdzakelijk via de teamleiders, met het doel samen te werken en om kritische voorstellen in te dienen

▪ Tussen netwerken volwassenen en netwerken K&J

- Alle netwerken volwassenen en K&J hebben regelmatig contact met en/of werken samen met netwerken van de andere doelgroepen
- Volgens de panels ontwikkelt de samenwerking tussen de netwerken volwassenen en netwerken K&J zich op het terrein, maar niet binnen de organen van de netwerken (afwezigheid van formele samenwerking ten gunste van klinische samenwerking, en dus ad-hoc)
- Deze contacten vinden hoofdzakelijk plaats op provinciaal niveau / tussen naburige netwerken
- Sommige netwerken zijn formeel vertegenwoordigd in de organen van andere netwerken in hetzelfde geografische gebied, andere hebben verbindingsfunctionarissen die relaties tussen netwerken opbouwen
- Volgens de panels worden de verbindingsofficieren van netwerken K&J gewoonlijk ingedeeld in thema's (bijv. onderwijs). Zij vergemakkelijken het leggen van contacten met de verschillende actoren en ook met andere netwerken

B. Specifieke samenwerking voor de doelgroep 16-23 jaar

- De continuïteit van de zorg voor de doelgroep van 16-23 jaar is bijzonder problematisch. Vandaag, wanneer de jongere overgaat naar volwassene, moeten we "helemaal opnieuw beginnen".
- De netwerken organiseren bijeenkomsten over de continuïteit van de zorg. Hoewel er klinische praktijken bestaan, zouden deze samenwerkingsverbanden niet wijdverbreid en niet structureel zijn
 - De panels delen deze vaststelling: er wordt wel samengewerkt, maar niet formeel
 - Volgens de panels heeft de overbelasting van het werk als gevolg van de gezondheidscrisis geleid tot de stopzetting of vermindering van gezamenlijke werkgroepen van kinder- en volwassenenpsychiaters
- 80% van de netwerken voor volwassenen heeft regelmatig contact met andere partners die zorg verlenen aan jongeren en 6 op 31 van de netwerken vermelden expliciet dat zij samenwerken met andere netwerken
- Volgens de panels is er geen specifieke ziekenhuiseenheid met een aangepaste zorg voor jonge volwassenen

Deel 1. Thematische analyse

2. Samenwerking en transversaliteit

3. Hefbomen en hindernissen voor samenwerking en transversaliteit

A. Transversaliteit: tussen partners (binnen een netwerk)

➤ Hindernissen

- Gezien de filosofie van de hervorming zouden mobiele teams nog steeds "slecht onthaald" worden door de ziekenhuizen, in die zin dat zij de voorkeur zouden krijgen na en vóór een ziekenhuisopname, waardoor de verblijfsduur van patiënten in ziekenhuizen zou ingekort worden
- Het feit dat de meeste werkgevers van de mobiele teams partners in de geestelijke gezondheidszorg zijn, zou tot spanningen leiden tussen de partners (verschillen in administratieve en financiële status van de leden van de mobiele teams)
- Financiering in de netwerken volwassenen via het bevroren van bedden, wat tot spanningen zou leiden tussen de financierende ziekenhuizen en de andere partners
- De bezoldigingsvoorwaarden van psychiaters in mobiele teams verschillen van die van ziekenhuizen en andere netwerkpartners
- Geestelijke gezondheidsdiensten hebben moeite om psychiaters aan te werven, waardoor een psychiatrisering van de zorg zou ontstaan door beroep te doen op ziekenhuispsychiaters
- Gebrek aan harmonie tussen de overheden op de verschillende bevoegdheidsniveaus en gebrek aan stimulansen voor samenwerking
- De financiering van actoren in hetzelfde programma hangt volgens de panels af van verschillende bevoegdheidsniveaus zonder betrokkenheid van de overheid om de transversaliteit te waarborgen
- Een gevoel van gebrek aan duidelijkheid bij de vaststelling van verwachtingen en doelstellingen inzake samenwerking
- Ontoereikend aanbod, waarbij elke partner zijn eigen wachtlijsten beheert ten nadele van het netwerk
- Het gevoel van zwakte van ambulante zorg in vergelijking met residentiële zorg

➤ Gebruikte hefbomen

- De vraag van functie 5 naar samenwerking met partners uit de geestelijke gezondheidszorg: de huisvestingssector wil een aanwezigheid van de gezondheidszorg in de accommodaties
- De grote vraag naar huisvesting voor dubbeldiagnose patiënten, met als gevolg meer samenwerking met het Waalse zorgagentschap AViQ
- De werking via kleine doelstellingen binnen een algemeen plan: uitvoering, toepassing, voltooiing, evaluatie, maakt het mogelijk kleine projecten op te zetten met doeltreffende veranderingen, met name in functie 3. Dit levert een echte toegevoegde waarde op en leidt tot structurele veranderingen
- Het houden van intersectorale vergaderingen over specifieke horizontale thema's zoals dubbeldiagnose
- Het gebruik van mobiele teams als middel om banden te smeden

Deel 1. Thematische analyse

2. Samenwerking en transversaliteit

3. Hefbomen en hindernissen voor samenwerking en transversaliteit

B. Samenwerking tussen netwerken

➤ Hindernissen

- Ontbreken van een formeel kader voor samenwerking tussen netwerken volwassenen en K&J in termen van continuïteit en toegankelijkheid van de zorg
- De rol van de netwerkcoördinator verschilt naar gelang van het netwerk
- De geografische spreiding en omvang van bepaalde netwerken (zie kaart op dia 4)
- Verschillen in de manier waarop bepaalde doelgroepen worden behandeld: persoonlijkheidsstoornissen (= hechtingsstoornissen bij K&J) worden niet erkend bij volwassenen, zodat zij als "sociaal ongeschikt" worden omschreven. Deze sociaal ongeschikte mensen zullen niet worden opgevangen door de MT volwassenen; daarom houden de Mobiele Teams K&J hen
- Het gebrek aan middelen en de inconsistenties die het gevolg zijn van de regionalisering van bepaalde sectoren, leiden tot werken in kokers en een naar binnen gekeerde houding
- De deelname van dezelfde actoren aan te veel vergaderingen
- 16/23 jaar :
 - ✓ Verschillende profielen - jongeren hebben over het algemeen minder acute zorg nodig, maar meer zorgverleners (opeenstapeling van symptomen)
 - ✓ Het verschil in types van opnames van K&J en Volwassenen

➤ Gebruikte hefbomen

- Persoonlijke/individuele initiatieven tussen partners van verschillende netwerken
- Vergaderingen tussen coördinatoren binnen de FOD
- De netwerken zijn gemeenschappelijke doelstellingen/opdrachten overeengekomen
- Doelpubliek 16-23 jaar:
 - ✓ klinische samenwerking tussen mobiele teams en crisisteam (+ contacten met de eerstelijnszorg)
 - ✓ de bestaande samenwerking tussen eerstelijnszorg en geestelijke gezondheidszorg
 - ✓ de betrokkenheid van naasten

Deel 1. Thematische analyse

2. Samenwerking en transversaliteit

4. Eindbeoordeling



- Aan het eind van de sessie stelden wij de **volgende vragen** aan de panels om na te gaan wat hun algemene gevoel was met betrekking tot verschillende thema's :

1. *In hoeverre is de samenwerking bij gezamenlijke projecten tussen de netwerken geëvolueerd sinds de invoering van de hervorming?*

- Volgens de panels is er op dit gebied een **zwakke tot voelbare verandering** sinds de netwerken zijn opgezet



2. *In hoeverre heeft de samenwerking tussen de netwerken het mogelijk gemaakt beter in te spelen op de vraag naar opvolging van de zorggebruiker?*

- Volgens de panels is er op dit gebied een **voelbare verandering** sinds de oprichting van de netwerken



3. *In hoeverre heeft de samenwerking tussen netwerken een betere opvolging van bepaalde doelgroepen (dubbeldiagnose, verslaving, enz.) mogelijk gemaakt?*

- Volgens de panels is er sinds de oprichting van de netwerken een **voelbare tot significante ontwikkeling** op dit gebied geweest



- In hoeverre zijn er sinds het begin van de hervorming **echte intersectorale samenwerkingsverbanden** opgezet voor de opvolging van de doelgroep van 16- tot 23-jarigen?

- Afhankelijk van het panel is er op dit gebied een **zwakke tot voelbare verandering** sinds de netwerken zijn opgezet



- In welke mate heeft de samenwerking tussen de netwerken **volwassenen en de netwerken kinderen en jongeren de (vraag naar) zorg voor de 16-23-jarigen verbeterd** sinds het begin van de hervorming?

- Volgens de panels is er op dit gebied een **zwakke tot voelbare verandering** sinds de netwerken zijn opgezet



- In hoeverre is er sprake van een **verschuiving naar meer dialoog, coördinatie en samenwerking en op welk niveau (partners, netwerken, autoriteiten, enz.)?**

- Volgens de panels:

- zou er samenwerking bestaan op microniveau, maar zou moeten worden geïntensiveerd op mesoniveau, met name tussen netwerken, maar ook binnen netwerken waar ziekenhuis- en institutionele actoren nog de overhand hebben
- op macroniveau blijft de perceptie van coördinatie tussen de overheden vandaag **problematisch**



• Samenvattend:

- Netwerken zijn zich bewust van de toegevoegde waarde van samenwerking en transversaliteit
 - Hetzij in termen van complementariteit van het aanbod voor dezelfde doelgroep (volwassenen of K&J) of voor een specifieke doelgroep (16-23 jaar).
Noteer dat er andere problematische leeftijdsgroepen zijn die baat zouden kunnen hebben bij meer samenwerking, zoals bejaarden en jonge kinderen.
 - Hetzij in de vorm van uitwisselingen en goede praktijken om hun efficiëntie op het gebied van beheer en veldwerk te verbeteren
- Samenwerking tussen netwerken, door synergie en uitwisseling tussen vakgenoten (vb. intersectorale consult- en liaisonfuncties, mobiele teams, ...), maakt het mogelijk de culturele veranderingen die uit de hervorming voortvloeien, te verankeren
- Samenwerking vergroot de toegankelijkheid van zorg en daardoor tijdige zorg voor zorggebruikers
- Maar ook al lijken de samenwerkingsverbanden van jaar tot jaar intensiever en meer geformaliseerd te worden, de tenuitvoerlegging van de hervorming heeft nog geen noemenswaardig effect gehad. Een aantal structurele belemmeringen staat deze samenwerking in de weg :
 - Financiële redenen
 - Het door de panels geconstateerde gebrek aan samenhang tussen de overheden
 - De geografische verscheidenheid van de netwerken
 - De verschillen in middelen tussen de netwerken volwassenen en de netwerken kinderen en jongeren (verbindingsofficieren, consult- en liaisonfuncties, enz.)
 - Organisatorische redenen: overwegend bijdragende ziekenhuizen wegens financieringsregelingen, en geestelijke gezondheidszorg aangezien de meeste werkgevers van MT partners in de geestelijke gezondheidszorg zijn
 - Een beperkte beschikbaarheid van de actoren
- Daaraan kunnen zeker de belemmeringen worden toegevoegd die bij de tenuitvoerlegging van de intersectorale aanpak zijn geconstateerd

Deel 1. Thematische analyse

2. Samenwerking en transversaliteit

4. Eindbeoordeling

- **Verschillende hefboomen**, geopperd door de panels, kunnen worden gebruikt

➤ Op het gebied van transversaliteit

- De overheid erbij te betrekken om de actoren in de geestelijke gezondheidszorg te helpen bij hun taak om de eerstelijnsactoren te ondersteunen
- Aanmoediging van de ontwikkeling van een nabijheidsaanpak in plaats van een provinciale of netwerkbrede aanpak
- Gebruik elke partner als een hefboom (de zorggebruiker komt het netwerk binnen via een partner die zelf het hele netwerk kent)
- Samenwerkingsverbanden opzetten vanuit het veld: bv. opstellen van zorgplannen voor patiënten die alleen door huisartsen worden gevolgd
- Bevordering van uitwisselingen tussen geestelijke gezondheidspartners met partners uit de culturele sector in de netwerken volwassenen om de continuïteit te waarborgen van de ondersteuning en de zorg voor patiënten die de netwerken K&J verlaten voor de netwerken volwassenen

➤ Op het gebied van samenwerking

- Bevordering van de uitwisseling tussen mensen uit verschillende netwerken die dezelfde functies vervullen
- Het concept van overgang ontwikkelen om ervoor te zorgen dat de jongere als volwassene zelf actor wordt in zijn of haar eigen zorg
- Ontwikkeling van meer structurele samenwerking tussen netwerken volwassenen en K&J met betrekking tot bepaalde doelgroepen, zoals 16-23-jarigen
- Innoveer de samenwerkingsmethoden en stroomlijn de fora, de plaatsen voor overleg tussen dezelfde actoren
- Ontwikkelen van samenhang tussen de overheden
- Aanvullende financiële steun die is aangepast aan de realiteit van de netwerken
- Harmoniseren van de middelen van de netwerken volwassenen en K&J, met inbegrip van het verstrekken van middelen aan de netwerken volwassenen om verbindingsfunctionarissen en/of contactpersonen voor de liaisonfuncties, mobiele teams, ...), maakt het mogelijk de culturele te creëren
- Bied netwerken IT-ondersteuning om bestanden te delen met partners en andere netwerken (SharePoint)

Deel 1 – Thematische analyse

3. Sensibilisatie- Informatie - Communicatie

Deel 1. Thematische analyse

3. Sensibilisatie - informatie- communicatie

1. Inleiding

Communicatie is een instrument voor de sensibilisering van de partners, een vliegwiel voor intersectoraliteit, samenwerking en transversaliteit. Communicatie draagt ook bij tot de ontwikkeling van een netwerkidentiteit en een -cultuur. Ten slotte bevordert communicatie de toegankelijkheid van de zorg voor gebruikers

2. Vaststellingen

A. Strategie en algemene vaststellingen

- Alle netwerken hebben aanzienlijke inspanningen geleverd om bekendheid te verwerven in hun werkgebied: de meeste netwerken hebben een website en er wordt gebruik gemaakt van digitale communicatie (website, sociale netwerken, enz.) om het aanbod zichtbaar te maken en om de impact van het netwerk te verbreden en te consolideren
- De netwerken beschikken niet over een gemeenschappelijk communicatieplan voor de netwerkactoren, noch over voldoende communicatievaardigheden en tijd
- De diversiteit van de communicatiemedia (nieuwsbrief, websites en sociale netwerken) zou positieve feedback opleveren. Sommige sectoren hebben echter nog geen website
- Communicatie-instrumenten zouden belangrijk zijn, maar de verspreiding ervan is eerder beperkt
- Volgens de panels komt de op de websites beschikbare informatie niet altijd overeen met de werkelijkheid. Zo wordt bijvoorbeeld de toegang tot een dienst (bv. mobiele teams) aangegeven als beschikbaar, terwijl dat niet het geval is, of diensten die worden aangegeven als in de buurt, zijn tientallen kilometers ver weg
- De netwerken ontwikkelen communicatie- en bewustmakingsactiviteiten op verschillende niveaus
 - Tussen naburige netwerken
 - Volgens de panels is de communicatie tussen de netwerken niet homogeen
 - Over het aanbod van hulp en zorg, maar zonder de toegevoegde waarde van het geïntegreerde netwerk voldoende zichtbaar te maken
 - Over de resultaten van een collectief werk
 - Netwerken hebben de neiging te communiceren over wat zij zijn in plaats van over wat zij doen

Deel 1. Thematische analyse

3. *Sensibilisatie - informatie- communicatie*

2. Vaststellingen

B. Communicatie moet worden aangepast aan de bestemmingen

1. Interne communicatie – De partners van het netwerk

- De communicatie moet **informatie** bevatten over het aanbod van bijstand en zorg, de visie van het netwerk, het bereik, de intersectoraliteit, de doelstellingen van de hervorming
- Volgens de panels wordt communicatie steeds meer gebruikt om informatie te verspreiden onder professionals en zorggebruikers en om hen bewust te maken van netwerkvorming. De partners zijn echter nauwelijks op de hoogte van de acties die door hun netwerken worden ondernomen
- De eerstelijnszorg zou ook een grote behoefte hebben aan informatie en opleiding van de netwerken
- De communicatie moet de partners (met inbegrip van de lokale overheden) **sensibiliseren** voor geestelijke gezondheid in het algemeen, voor holistische zorg voor de gebruikers en een antwoord bieden op hun vragen
- De panels melden een gebrek aan ruimte binnen de netwerken of hun sites om vragen te beantwoorden; evenmin is er een gemeenschappelijke site waar men snel informatie kan vinden over lokale hulp- en zorgvoorzieningen en gecentraliseerde antwoorden op vragen die men heeft

2. Externe communicatie – De zorggebruikers van het netwerk

- De communicatie moet informatie bevatten over de beschikbaarheid van zorgondersteuning en de gebruikers en familieleden sensibiliseren voor geestelijke gezondheidszorg in de breedste zin van het woord
- Netwerken zouden moeite hebben om te bepalen hoe zij met de gebruikers moeten communiceren
- De gebruikers zijn niet noodzakelijk op de hoogte van de netwerken; zij nemen er indirect kennis van, via contacten met professionals

Deel 1. Thematische analyse

3. Sensibilisatie - informatie- communicatie

3. Hefbomen en hindernissen voor volledige en gerichte communicatie

A. Communicatie als middel om te sensibiliseren

➤ Hindernissen

- Communicatie werd aanvankelijk door de netwerken terzijde gelaten ten voordele van hun opbouw en is ook vandaag nog geen prioriteit
- Wat de middelen betreft, zowel op het niveau van de coördinatoren als dat van de partners, is er een gebrek aan samenwerking tussen de partners (gebrek aan tijd of motivatie)
- Het aantal partners verhoogt de moeilijkheid bij het tot stand brengen, verstrekken en onderhouden van communicatie: gezien het grote aantal actoren en instanties is het verzamelen van informatie een gevoelige kwestie (de juiste informatie op het juiste moment bij het juiste publiek krijgen is een echte uitdaging)
- Op federaal niveau wordt niet voldoende rekening gehouden met communicatie

➤ Gebruikte hefbomen

- Individuele communicatie bevorderen en daartoe gebruik te maken van klinische contacten
- Het onderwerp opwerpen in het netwerkcomité
- Communiceren rond specifieke thema's
- Actoren uitnodigen deel te nemen aan de werkgroepen om, ook informeel, contacten te leggen tussen vakgenoten, tussen sectoren en om meer bekendheid te geven aan de behoeften van eerstelijnsactoren
- Uitnodigen van partners of netwerkcoördinatie in de organen van andere partners (bv. deelname van de geestelijke gezondheidszorg aan de preventieraden voor jeugdhulp)
- Beschouw de professionals als een schakel tussen het netwerk en de zorggebruikers of tussen de partners van het netwerk (bv - huisartsen/psychologen van de 1e lijn)
- Een sensibiliserende rol toewijzen aan mobiele teams

- Via de verbindingsfunctionarissen acties buiten het netwerk en synergiën tussen netwerken ontwikkelen

B. Communicatie-kanalen

➤ Hindernissen

- Een gebrek aan tijd
- Een gebrek aan budgettaire middelen
- Beperkte vaardigheden (communicatie is niet hun primaire taak, en er is geen systeem of rol in sommige netwerken om de site actueel te houden)
- Sommige actoren hebben geen gemeenschappelijke sites (bv. Preventie)

➤ Gebruikte hefbomen

- De gebruikte hefbomen zijn onder meer: de oprichting van gemeenschappelijke sites voor verschillende netwerken, waaronder Volwassenen en K&J; de erkenning van specifieke projecten

Deel 1. Thematische analyse

3. Sensibilisatie - informatie- communicatie

4. Eindbeoordeling



- Aan het eind van de sessie stelden wij de **volgende vragen** aan de panels om na te gaan wat hun algemene gevoel was betreffende :

1. *Hoe evalueert u de evolutie van de toegankelijkheid van het aanbod vanuit het oogpunt van de gebruiker door middel van communicatie-, informatie- en sensibiliseringsacties?*

- Volgens de panels is er op dit gebied een voelbare verandering sinds de oprichting van de netwerken



2. *In welke mate is de eerstelijnszorg geïntegreerd in de communicatie- en sensibiliseringsstrategie?*

- Volgens de panels is er sinds de oprichting van de netwerken een sterke ontwikkeling op dit gebied



3. *In hoeverre is er sprake van een verschuiving naar meer coördinatie en samenwerking en op welk niveau (partners, netwerken, autoriteiten...) in termen van communicatie naar het publiek en naar (potentiële) netwerkactoren/partners?*

- Volgens de panels is er sinds de oprichting van de netwerken significante vooruitgang geboekt op dit gebied, maar met een zeker voorbehoud ten aanzien van de coördinatie, die zich eerder voelbaar dan significant heeft ontwikkeld



• Samenvattend :

- **Hoewel communicatie bij de oprichting van de netwerken geen prioriteit was, wordt er steeds meer rekening mee gehouden om informatie te verspreiden onder de professionals en de zorggebruikers, maar ook om hen te sensibiliseren over de vorming van netwerken en aldus de samenwerking, de transversaliteit en de intersectoraliteit te bevorderen. Dit is echter moeilijk te verwezenlijken, omdat het tijd, energie en middelen vergt waarover de netwerken van mening zijn onvoldoende te beschikken, bovendien is de communicatie onderling tussen overheden zelf versnipperd (vooral in deze Covid periode)**
- Om hier aan tegemoet te komen zijn verschillende **innovatieve praktijken** geïdentificeerd, die veralgemeend zouden kunnen worden:
 - De oprichting van een intersectorale crisiscel heeft de preventiecentra (jeugdhulp) in staat gesteld talrijke partners te bereiken (opstelling van een overzicht van diensten)
 - Ontmoetingen tot stand brengen ("bekend/onbekend terrein") tussen sectoren die elkaar niet zouden hebben ontmoet
 - Interactieve kaarten, online-instrumenten die toegankelijk zijn voor kwetsbare personen en hun directe omgeving, nieuwsbrieven aangepast aan de actualiteit (bv-covid)

- **Verskillende hefboomen**, geopperd door de panels, kunnen worden gebruikt :
 - Communiceren over wat de netwerken doen, niet wie ze zijn
 - Een communicatieplan opstellen :
 - gemeenschappelijk voor de actoren van het netwerk
 - Integratie van de benadering per doelgroep en gebruikmakend van verschillende communicatiekanalen die aan deze doelgroepen zijn aangepast (digitaal, papier, fysieke aanwezigheid, ...) waarbij ervoor moet worden gezorgd dat de websites actueel en interactief zijn
 - Ook gericht op het brede publiek (om ook de partners uit het maatschappelijk middenveld meer te bereiken)
 - De ontwikkeling van een gemeenschappelijk platform voor alle netwerken zou de netwerken ondersteunen en de toegang tot de informatie vergemakkelijken voor de zorggebruikers, maar ook voor de netwerkpartners en andere professionals (b.v. bladeren op thema en/of op plaats). Een dergelijk platform zou ook alle andere nuttige informatie in verband met geestelijke gezondheidszorg kunnen centraliseren (informatiebladen, preventie maatregelen, goede praktijken, ...)
 - Proactieve communicatie toepassen/het eerstelijns personeel informeren en opleiden inzake geestelijke gezondheid
 - Voorzien van budgettaire middelen om een specifieke functie te financieren
 - Bevordering van samenwerking tussen netwerken volwassenen en K&J in de communicatie

Deel 1 – Thematische analyse

4. Participatie van de zorggebruikers en familie/naasten

Deel 1. Thematische analyse

4. Participatie van de zorggebruikers en familie/naasten

1. Inleiding

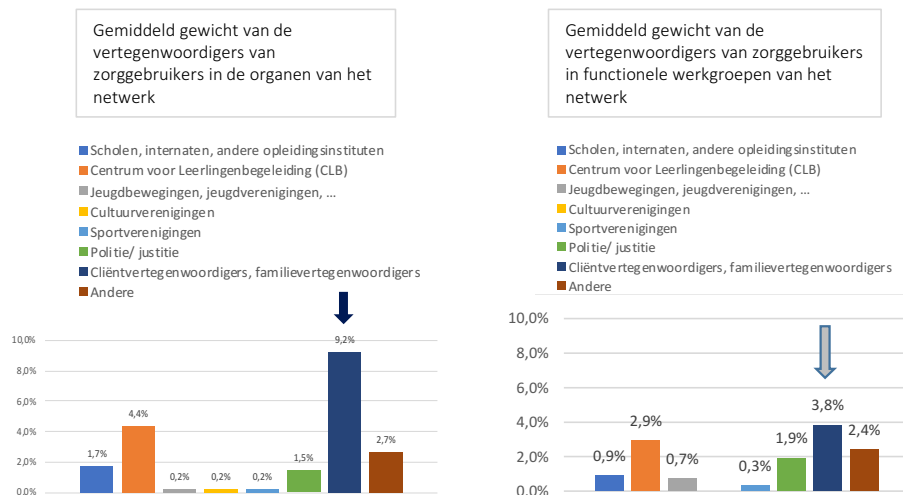
Wij hebben de participatie van zorggebruikers en naasten vanuit twee invalshoeken onderzocht :

- Hun vertegenwoordiging binnen de netwerken, zowel in de bestuursorganen van de netwerken als in de werkgroepen, en ook de regelmaat van de contacten met de netwerken en de mate van maturiteit van deze contacten: is deze vertegenwoordiging structureel of niet? Hebben de netwerken regelmatige contacten met gebruikers en naasten of niet? Zo ja, zijn deze contacten informatief, raadgevend of collaboratief?
- De daadwerkelijke participatie/vertegenwoordiging binnen de netwerken: wat is de mate van betrokkenheid van zorggebruikers en naasten? Is hun aanwezigheid doeltreffend? Betekent deze vertegenwoordiging dat zorggebruikers en naasten zich uiten? Drukken ze zich uit?

2. Vertegenwoordiging binnen netwerken - Vaststellingen

A. Vertegenwoordigers van zorggebruikers en naasten in netwerkorganen en werkgroepen

- 100% van de netwerken volwassenen heeft vertegenwoordigers van de raden van zorggebruikers en naasten in hun netwerkcomité (hun aantal varieert van 1 tot 3 per netwerk)
- Volgens de panels hebben weliswaar 100% van de netwerken volwassenen vertegenwoordigers van zorggebruikers, maar niet al deze netwerken hebben een raad van zorggebruikers



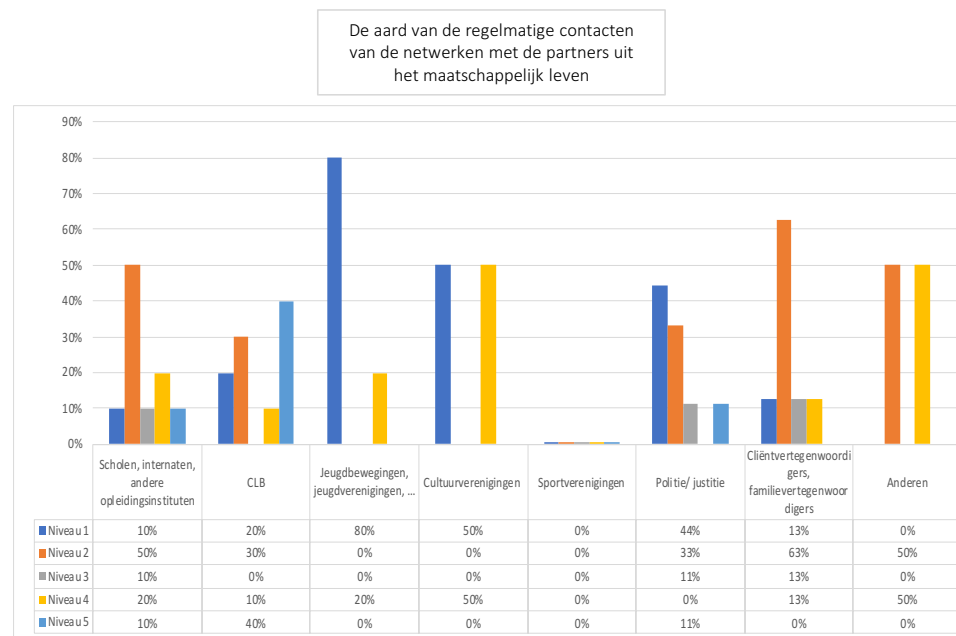
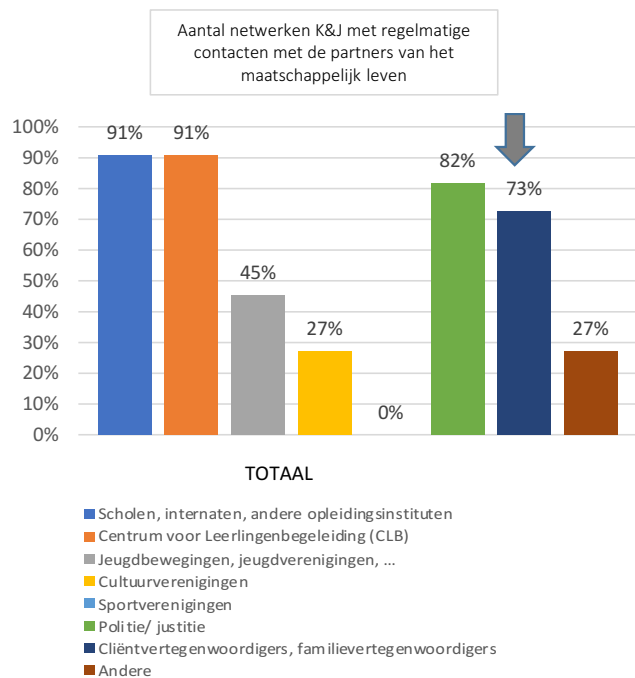
- Vertegenwoordigers van zorggebruikers en naasten in netwerken kinderen en jongeren hebben een gemiddeld gewicht van bijna 10% in de bestuursorganen van het netwerk, tegen slechts 3,8% in de functionele werkgroepen van het netwerk
- In netwerken K&J is het moeilijker een stem te geven aan kinderen dan aan hun familie, wat verklaart waarom er meer familievertegenwoordigers dan jongerenvertegenwoordigers zijn
- Wat het begrip vertegenwoordiger zelf betreft, bestaat er niet zoiets als dé zorggebruiker: het begrip zorggebruiker, bijvoorbeeld, verschilt naar gelang van diens leeftijd
- Hoewel het aantal vertegenwoordigers een indicatie van participatie is, weerspiegelt het niet noodzakelijk de werkelijke betrokkenheid van de zorggebruiker/naasten

Deel 1. Thematische analyse

4. Participatie van de zorggebruikers en familie/naasten

2. Vaststellingen

B. Regelmatige contacten van netwerken K&J met vertegenwoordigers van zorggebruikers en naasten



1. De georganiseerde contacten zijn alleen van informatieve aard
2. De georganiseerde contacten zijn hoofdzakelijk van informatieve aard en worden ad hoc georganiseerd
3. De georganiseerde contacten zijn hoofdzakelijk consultatief en worden op systematische wijze georganiseerd
4. De georganiseerde contacten hebben vooral een adviserend karakter en hebben geleid tot een ad hoc samenwerkingsaanpak
5. De contacten betreffen een reële samenwerking en worden op een systematische manier georganiseerd.

- 73% van de netwerken voor kinderen en jongeren heeft regelmatig contact met vertegenwoordigers van zorggebruikers en families
- Deze contacten zijn meestal informatief en ad hoc van aard

Deel 1. Thematische analyse

4. Participatie van de zorggebruikers en familie/naasten

2. Vaststellingen

C. Synthese van de vaststellingen

- Er wordt nog te weinig rekening gehouden met de stem van de vertegenwoordigers van de jongere in het bijzonder, maar ook met die van zijn of haar familie
- De partners zouden het moeilijker hebben om gebruikers en naasten bij de besprekingen van de werkgroepen te betrekken (in tegenstelling tot de praktijk)
- De investering van vertegenwoordigers van zorggebruikers en naasten zou op dit niveau moeilijker zijn wegens het gebrek aan middelen of het gebrek aan beschikbaarheid
- De verenigingen hebben er belang bij deel te nemen aan het beheer van de netwerken en de partners bewust te maken van het belang dat aan hen moet worden gehecht bij de opbouw en het beheer van het netwerk
- Aangezien de geestelijke gezondheidszorg in de meeste netwerken echter nog steeds de overhand heeft, behouden deze netwerken een curatieve visie op zorg in plaats van een visie die gericht is op welzijn, hetgeen het beperkte gebruik van de stem van zorggebruikers en families verklaart
- De netwerkpartners en -coördinatoren zijn steeds meer overtuigd dat op een participatieve en proactieve manier met zorggebruikers en naasten moet worden samengewerkt

Deel 1. Thematische analyse

4. Participatie van de zorggebruikers en familie/naasten

3. De realiteit van de vertegenwoordiging binnen de netwerken - Hefbomen en hindernissen (Hoe vindt de participatie van gebruikers en naasten in de praktijk plaats?)

- **Wat betreft de mate van betrokkenheid**

- Vertegenwoordigers van zorggebruikers en naasten worden bij de netwerken betrokken, maar nog niet op systematische wijze en eerder op informatieve dan op consultatieve of collaboratieve wijze (ook al is dit in sommige netwerken wel het geval)
- Er zijn nog maar weinig participatiepraktijken waarbij het netwerkbeleid mede wordt bepaald door de zorggebruikers ervan, met name kinderen en jongeren
- De meeste netwerken hebben reeds stappen ondernomen om te proberen inspraakactiviteiten te organiseren
- Als er al acties zijn ondernomen, zijn deze over het algemeen niet structureel: het zijn vaak eenmalige initiatieven die niet worden voortgezet

- **Wat de aanwezigheid betreft**

- Rekening houdend met hun ervaring, moeten de vertegenwoordigers van de zorggebruikers aanzienlijke inspanningen leveren om hun betrokkenheid in de loop van de tijd te handhaven
- Het financiële aspect is belangrijk: sommige netwerken vergoeden niet eens de reiskosten en als het om een betaalde persoon gaat (bijv. binnen een instelling), is de vergoeding vaak laag, is de persoon vaak alleen (niet met z'n tweeën) voor alle vergaderingen en fora van een netwerk en neemt hij een geïsoleerde positie in (in tegenstelling tot bijv. een groep artsen, psychologen, ...)
- Ook de kwestie van de mobiliteit kan een belemmering vormen voor de deelneming van de zorggebruikers aan de werkzaamheden van de netwerken
- Als de zorggebruikers aanwezig zijn en zich durven uit te drukken, wordt er naar hen geluisterd, maar als zij er niet zijn, worden er geen inspanningen gedaan hen te betrekken. Het panel vraagt zich af of er bij de partners een echte wil is om de gebruikers te betrekken

- **Wat het woord nemen betreft**

- Maar al te vaak zijn het professionals die de stem van de zorggebruikers vertolken. Er kan echter sprake zijn van interferentie, waardoor een afspiegeling van de stem van de zorggebruikers wordt doorgegeven, zonder dat de diversiteit tot uiting komt, en niet hun stem zelf
- De vertegenwoordigers van de zorggebruikers staan er vaak alleen voor en worden geconfronteerd met een groot aantal professionals die maar al te vaak vasthouden aan een medische visie op de zorg; bijgevolg aarzelen zij om zich in grote groepen uit te spreken tegenover professionals die deskundig zijn en soms zelfs tegenover dienstverleners die hen in hun zorg hebben gevolgd; zij voelen zich gestigmatiseerd door de partners en zouden graag beschikken over opleiding en hulpmiddelen om hun stem gemakkelijker te kunnen laten horen
- De discussiethema's worden vaak als onvoldoende concreet gepercipieerd (governance,), waardoor deelname minder doeltreffend is
- Het verzamelen van de stem van de zorggebruikers vergt veel tijd en deze investering zou niet worden erkend

- **Evaluatie van de deelname van zorggebruikers en naasten aan de werking van het netwerk**

- Volgens de panels nemen de netwerken niet genoeg tijd om de participatie van de zorggebruikers als zodanig te bekijken, aangezien de evaluaties voornamelijk betrekking hebben op eenmalige acties waarbij zorggebruikers betrokken kunnen zijn geweest. Aangezien de participatie van de zorggebruikers en hun naasten een prioritaire kwestie moet blijven, zelfs in netwerken waar hun participatie groter is, zijn de panels van mening dat de netwerken meer systematische evaluaties van deze participatie op mesoniveau moeten opzetten

Deel 1. Thematische analyse

4. Participatie van de zorggebruikers en familie/naasten

4. Eindbeoordeling



- Aan het eind van de sessie stelden wij de **volgende vragen** aan de panels om na te gaan wat hun algemene gevoel was betreffende :

1. *Wordt de participatie van gebruikers en naasten geïmplementeerd en maakt deze deel uit van de plaatselijke cultuur?*

- Volgens de panels is er een zwakke tot voelbare verandering opgetreden in de culturele verankering van de deelname van zorggebruikers en naasten aan de netwerken. Dit varieert ook naar gelang van de leeftijdsgroep en de sector. Zo heeft de participatiecultuur zich bijvoorbeeld meer ontwikkeld bij de actoren die werken met specifieke leeftijdsgroepen zoals ouderen (met meer moeilijkheden voor de "overgangleeftijden" zoals 16-23 jaar), of bij de actoren die werken met verslaving of de actoren in aangepaste woonvormen



2. *In hoeverre heeft de participatie van zorggebruikers en hun naasten invloed gehad op de organisatie van de zorg op macro- (gezondheidsbeleid) en mesoniveau (de werking van netwerken en diensten)?*

- Afhankelijk van het panel is er een zwakke tot voelbare verandering opgetreden in het effect van de participatie van zorggebruikers en naasten op de organisatie van de zorg op macro- en mesoniveau. Vanuit een gebruikersgeoriënteerde perceptie van de kwaliteit van de te verlenen zorg, ontstaat een vraag naar actieve participatie van de zorggebruiker



- In hoeverre hebben de zorgnetwerken en zorgcircuits een antwoord mogelijk gemaakt dat meer gericht is op de behoeften van de zorggebruikers en hun gezinnen (met een globale visie)?

- Volgens de panels is er op dit gebied een voelbare tot significante ontwikkeling geweest, hoewel dit waarschijnlijk varieert naar gelang van het netwerk en wellicht de doelgroep

• Samenvattend :



- De participatie van de zorggebruikers en hun naasten is sinds de oprichting van de netwerken weinig veranderd, althans wat betreft de reële invloed van deze participatie op de werkzaamheden van de netwerken en hun actoren, en derhalve op de praktijken en, uiteindelijk, op de kwaliteit van de aan de gebruikers verstrekte zorg.
- Er wordt echter samengewerkt met vertegenwoordigers van families in netwerken K&J, aangezien bij kinderen en jongeren hun gehele leefomgeving in aanmerking wordt genomen
- Er zijn nog aanzienlijke inspanningen nodig om de participatie van de zorggebruikers en hun naasten in de werking van de meeste netwerken te vergroten (hun participatie is belangrijker op microniveau via deelname aan projecten), maar ook om ervoor te zorgen dat die participatie reëel is, verankerd is in gewoonten en in de tijd en veranderingen teweegbrengt ten gunste van de zorggebruiker
- Daartoe zijn verschillende **innovatieve praktijken** geïdentificeerd die kunnen worden veralgemeend :
 - De integratie van ex-zorggebruikers in projecten, in het hart van diensten en/of netwerkteams, peersupport
 - Les bureaux clients, overkopcafés en herstelacademies voor de uitwisseling tussen experts en peers in aangename, open ruimtes
 - Uitwisselingsdagen met de onderwijssector om de standpunten van kinderen te verzamelen, avondvergaderingen op basis van getuigenissen die aanzetten tot uitwisseling

- **Verschillende hefboomen**, geopperd door de panels, kunnen worden gebruikt

- Bevorderen van de directe vertegenwoordiging van zorggebruikers en hen Instrumenten ter beschikking stellen die zorggebruikers in staat stellen zich vrij uit te drukken en een echte participatieve vertegenwoordiging waarborgen
- Raden van zorggebruikers onder jongeren oprichten
- Zich eerder tot ouders dan tot familie richten
- Op zoek gaan naar de stem van de zorggebruiker als die niet spontaan naar voren komt, te beginnen op plaatselijk niveau
- Voor jongeren: informatie verspreiden (over onderwerpen die verband houden met geestelijke gezondheid, over het aanbod, ...) en getuigenissen van andere jongeren delen
- Ontwikkeling van peersupport binnen de netwerken (functiecomités, mobiele teams), voor zover de behoeften van de zorggebruikers daardoor beter in kaart kunnen worden gebracht
- Bevordering van de participatie van zorggebruikers en naasten door financiële of andere erkenningsmechanismen (verspreiding van informatie, vaststelling van een minimaal aantal vertegenwoordigers (ten minste 2)) en handhaving van deze deelname door het opzetten van interviews. Zorgen voor echte supervisie en ondersteuning (formeel en informeel) van de vertegenwoordigers
- een dialoogdynamiek tussen professionals - zorggebruikers - naasten op gang brengen die een concrete uitwisseling van meerdere perspectieven mogelijk maakt (tegenover een formele vertegenwoordiging in de netwerkstructuren)

Deel 1 – Thematische analyse

5. Visie op herstel, de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg

Deel 1. Thematische analyse

5. Visie op herstel, de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg

1. Inleiding

De derde vastgestelde doelstelling van de hervorming is de zorggebruikers toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg te garanderen, met name door middel van een gemeenschappelijke visie op de diensten die aan de zorggebruikers moeten worden verleend met het oog op herstel. Dit staat niet tegenover een medisch-psychiatrische visie op zorg, maar beoogt deze benadering aan te vullen door op holistische wijze rekening te houden met de zorggebruiker; het doel is niet te "genezen" maar te herstellen door zijn of haar leven "met" zijn of haar ziekte of psychische stoornis in handen te nemen

Daarom hebben wij dit thema als een doorlopend geheel beschouwd :

- De visie op herstel, als een in de praktijk te brengen concept en gebaseerd op verschillende aspecten die daartoe bijdragen, zoals intersectoraliteit en participatie van de zorggebruiker
- Toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg, als een concrete invulling van deze visie op herstel. De toegankelijkheid zal hoofdzakelijk worden behandeld vanuit mobiele teams, de kwaliteit en de continuïteit van de zorg door geïndividualiseerde zorgplannen en samenwerking tussen partners en tussen netwerken

2. De vaststellingen

A. De visie op herstel

Intersectoraliteit

- De meest regelmatige contacten van de netwerken zijn met de volgende partners :
 - Voor de netwerken volwassenen: eerstelijnszorg (niet-GGZ), sociale zorg, psychiatrische diensten in algemene ziekenhuizen, huisvesting, werk en diensten die zorg verlenen aan jongeren. De contacten lijken dus meer gericht te zijn op de eerste lijn en re-integratie
 - Volgens de panels zijn in Brussel de meest geregelde contacten met institutionele partners zoals ziekenhuizen en minder met diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Voorts wordt de steun op het niveau van de overheden als verschillend ervaren naar gelang van de overheid
 - Voor de netwerken K&J: jeugdzorg, het jonge kind, CRA, gehandicapten, scholen, CLB, justitie en politie en zorggebruikers en naasten. Er worden dus meer contacten gelegd met institutionele partners in scholen en justitie, ook al zouden de netwerken rekening willen houden met specifieke groepen (dubbeldiagnose)
 - Volgens de panels is de sfeer van de geestelijke gezondheidszorg nog steeds in de meerderheid, terwijl de partners maatschappelijk leven en gehandicaptensector zeer moeilijk te mobiliseren blijven
- Het intersectorale netwerk zet zich in om oplossingen te vinden voor alle behoeften van de zorggebruikers en naasten, met als doel de levenskwaliteit te verbeteren
- Volgens de panels is de netwerkvorming nog niet bij alle partners geïntegreerd. Op het niveau van de netwerkstructuur is het vaak de interne communicatiedimensie die een probleem vormt: moeilijkheid om informatie te verspreiden en alle partners te integreren
- Aangezien het aanbod onvoldoende is om aan de vraag te voldoen, zijn de partners minder geneigd om in een netwerk te werken (cf. wachtlijsten)

Deel 1. Thematische analyse

5. Visie op herstel, de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg

2. De vaststellingen

A. De visie op herstel

Intersectoraliteit (vervolg)

- Herstelgerichte zorg en psychosociale rehabilitatie moeten in beginsel de gemeenschappelijke visie van alle partners zijn en in de praktijk worden omgezet.
- Volgens de panels wordt echter een vorm van psychiatrische zorg in stand gehouden omdat het moeilijk is psychiaters buiten de ziekenhuizen te werven (bv. in de GGZ) en omdat sommige patiënten eerst een psychiatrische opvolging vereisen
- Uit de panels bleek dat er gewestelijke verschillen zijn wat de visie op herstel betreft, waarbij Vlaanderen verder staat in zijn denkproces dan Brussel of Wallonië
- De visie op herstel zou op netwerkniveau aanwezig zijn, maar de waarden die haar onderbouwen, zouden niet door alle partners worden gedeeld
- Volgens de panels zijn er meningsverschillen tussen de partners, waarbij de medisch-psychiatrische visie op zorg overheerst. Herstelgericht werk ontbreekt
- Er moet voor worden gezorgd dat specifieke doelgroepen daadwerkelijk in het netwerk worden geïntegreerd, door contacten met niet-gespecialiseerde partners aan te moedigen, zodat een alomvattend aanbod van hulp en zorg kan worden opgebouwd
- De verdeling van de bevoegdheden tussen de federale overheid en gemeenschappen is niet bevorderlijk voor de contacten tussen de partners om deze holistische visie op zorg over te dragen
- Volgens de panels maakt het feit dat partners afhankelijk zijn van netwerken met verschillende bevoegdheidsniveaus de samenwerking complexer

A. De visie op herstel

Participatie van de zorggebruiker

- De netwerken zijn overtuigd van het belang van de participatie van zorggebruikers en naasten in de organen en werkgroepen. Dit is echter moeilijk te verwezenlijken op macro- (politiek), meso- (netwerk) en micro-niveau (lokaal). Wanneer zij echter betrokken zijn, draagt hun participatie aan het besluitvormingsproces bij tot een betere kwaliteit van de projecten en tot de visie op herstel
- Zorggebruikers en naasten hebben moeite om hun stem te laten horen binnen de partners, vooral wanneer de ex-zorggebruikers of vertegenwoordigers van zorggebruikers en naasten alleen zijn (en niet in paren of groepen van drie)
- Er is te weinig steun voor vertegenwoordigers van zorggebruikers
- Volgens de panels moet de participatie van de zorggebruikers en hun naasten steun krijgen van de netwerkcoördinatoren en deel uitmaken van het herstelproces

Deel 1. Thematische analyse

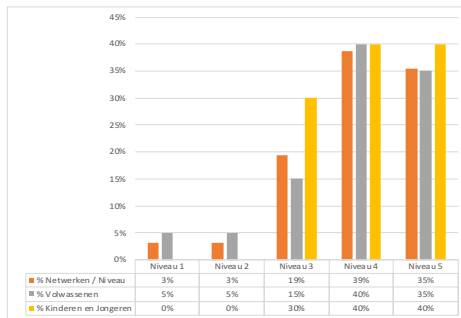
5. Visie op herstel, de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg

Vaststellingen

B. Toegankelijkheid

- 1. Zeer zwak
- 2. Zwak
- 3. Gemiddeld
- 4. Goed
- 5. Zeer goed

Geografische dekking van de Mobiele teams



- 74% van de netwerken is van mening dat zij een goede of zeer goede geografische dekking van mobiele teams hebben
- De netwerken zijn te optimistisch over de toegang tot zorg. Gebruikers wordt bijvoorbeeld verteld dat zij toegang hebben tot een eerstelijnspsycholoog, maar in de praktijk is het een verre afstand om deze psycholoog te ontmoeten
- Het door de netwerken bestreken geografische gebied zou in 26% van de gevallen een belemmering vormen voor de mobiliteit van de teams
- Volgens de panels is de verdeling van de grondgebieden niet optimaal geweest. Sommige netwerken zouden van een betrekkelijk klein aantal zorggebruikers zijn overgegaan naar een zeer groot aantal, waardoor het beheersmodel zou zijn veranderd, hetgeen de goede werking van het netwerk zou hebben bemoeilijkt
- Gebruikers voelen zich "doorgeschoven" van het ene MT naar het andere, afhankelijk van hun gezondheid
- Volgens de panels zijn er bij volwassenen vaak wachtlijsten voor toegang tot de MT-diensten, hetgeen verband zou kunnen houden met het feit dat verzaaiing van ziekenhuizen leidt tot een verschuiving van "zware" zorg naar de mobiele teams. De MT werken op een reactieve manier
- Gebieden die momenteel niet worden bestreken, kunnen worden gedekt door samenwerking tussen netwerken in aan elkaar grenzende geografische gebieden

C. De continuïteit van de zorg

- De situatie tussen de netwerken blijkt nogal heterogeen te zijn: continuïteit van zorg wordt door de partners van sommige netwerken als een prioriteit naar voren geschoven, maar niet door alle; er is een discrepantie tussen de wens van de netwerken om acties op te zetten om de continuïteit van zorg te bevorderen en de uitvoering van die acties door de partners
 - Opleidingen voor herstelgerichte werkmethoden werpen vruchten af in sommige netwerken
- Volgens de panels is er in de netwerken te weinig aandacht voor de basisbegrippen van herstel en is de opleiding van zorgverleners een belangrijke stap die nog ontbreekt
 - 52% van de netwerken verklaart over een IZP te beschikken, maar dit wordt niet noodzakelijk door de partners gebruikt. Waar het IZP niet bestaat, kunnen de verschillende netwerkpartners gemeenschappelijke toolkits hebben die de continuïteit van de zorg garanderen, en gedeelde tools lijken vaker te worden gebruikt
- Volgens de panels worden IZP's vooral in ziekenhuizen gebruikt en soms door de MT, maar niet door alle partners, waardoor de zorg een medisch-psychiatrische in plaats van een holistische visie krijgt
- De continuïteit van de zorg voor de doelgroep van 16-23 jaar is bijzonder problematisch. Op dit moment moeten we "helemaal opnieuw beginnen" wanneer een jongere overgaat naar volwassene
- Volgens de panels heeft de overbelasting als gevolg van de gezondheidscrisis geleid tot de stopzetting of vermindering van gezamenlijke werkgroepen van kinder- en volwassenenpsychiaters, hetgeen betreuenswaardig is
- De panels betreuen het dat jongeren in de volwassenenpsychiatrie worden opgevolgd. Het is belangrijk om in het zorgproces nuances aan te brengen naar gelang van het type zorggebruiker
- De scharnierleeftijd van 18 jaar zou niet overeenstemmen met de realiteit van de behoeften aan aangepaste zorg

Deel 1. Thematische analyse

5. Visie op herstel, de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg

3. Hefbomen en hindernissen

A. Visie op herstel

➤ Hindernissen

- Moeilijkheden in verband met de interne communicatie en bijgevolg met de uitwisseling van informatie tussen actoren
- Moeilijkheden in verband met de participatie van zorggebruikers, vooral met betrekking tot de doelgroep kinderen en jongeren en de deelname van vertegenwoordigers van experts (aanwezig, maar niet participierend)
- Uitdagingen in verband met intersectorale samenwerking met :
 - een overwicht van geestelijke gezondheid
 - ✓ grote moeilijkheden om de partners maatschappelijk leven te mobiliseren
 - ✓ in het algemeen een grotere aanwezigheid van institutionele actoren zoals ziekenhuizen
 - ✓ Gebrek aan samenhang tussen de overheden, vooral in de kinder- en jeugdsector
- Gebrek aan aandacht voor basisconcepten om het concept van netwerkvorming volledig te begrijpen en gebrek aan opleiding voor professionals, met name inzake herstelondersteunende zorg
- Het ontbreken van een globale visie op herstel en het gebrek aan tijd die nodig is om zich te buigen over wat zin heeft : de netwerken zijn te veel gericht op het organisatorische en te weinig op wat zinvol is
- Het gebrek aan samenwerking tussen netwerken K&J en volwassenen, de bijdrage van K&J met een meer geavanceerde visie op herstel zou een echte toegevoegde waarde zijn
- Het ontbreken van zorgcircuits rond de begunstigde en de moeilijkheid om IZP's op te stellen, vooral gezien het aantal partners

- De "institutionele lasagne" en het door de panels waargenomen gebrek aan samenhang tussen de overheden van de verschillende bevoegdheidsniveaus, alsook het gebrek aan reactievermogen van de overheden (geen extra financiering voor nieuwe verlening van zorgbijstand - bv. crisisconsultaties in het ziekenhuis als gevolg van de Covid pandemie)
- Onderfinanciering, vooral in de residentiële sector

➤ Gebruikte hefbomen

- De panels noemden geen specifieke hefbomen die hen in staat stelden vooruitgang te boeken met de gedeelde visie op herstel
- Aangezien dit het resultaat is van de tenuitvoerlegging van de andere thema's, verwijzen wij naar de hefbomen die in deze thema's worden genoemd en meer in het bijzonder naar die welke in de thema's "intersectoraliteit", "samenwerking en transversaliteit" en "sensibilisatie, informatie, communicatie" zijn ontwikkeld

Deel 1. Thematische analyse

5. Visie op herstel, de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg

3. Hefbomen en hindernissen

B. Toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg

➤ Hindernissen

- Het ontbreken van preventie-actoren
- Gebrek aan aandacht voor of kennis van geestesziekten op spoeddiensten van algemene ziekenhuizen
- De moeilijkheid om IZP op te zetten, vooral gezien het aantal partners
- Het grote aantal netwerken in bepaalde provincies of gewesten (bijvoorbeeld, er zijn 4 actieve netwerken in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest)
- Gebrek aan overgang tussen de circuits K&J en volwassenen
- "institutionele lasagne"
- Met betrekking tot geografische dekking en de missies van mobiele teams :
 - ✓ In sommige netwerken, de centralisatie van kantoren
 - ✓ Een kloof tussen de verwachte rol en de feitelijke rol van mobiele teams (met name het feit dat zij zich niet uitsluitend met zorg bezighouden)
 - ✓ Het tekort aan bevrozing van bedden met het gevolg van het gebrek aan financiering
 - ✓ Moeilijkheden bij de aanwerving, die met name verband houden met het niet-permanente karakter van de verbintenissen (in verband met de jaarlijkse verlenging van de financiering) en de uiteenlopende administratieve en financiële status (in verband met de veelheid van werkgevers)
 - ✓ De moeilijkheid om op dit gebied met andere netwerken samen te werken

➤ Gebruikte hefbomen

- Het gaat er vooral over om een band te scheppen tussen de actoren en hen te laten samenwerken in een continuüm van zorg. Daartoe werden verschillende hefbomen gebruikt :
 - ✓ Het werken met kleine doelstellingen binnen een algemeen plan: uitvoering, toepassing, voltooiing, evaluatie, maakt het mogelijk kleine projecten op te zetten met doeltreffende veranderingen, vooral in functie 3. Dit levert een echte toegevoegde waarde op en leidt tot structurele veranderingen
 - ✓ intersectorale bijeenkomsten houden over specifieke horizontale thema's zoals dubbeldiagnose
 - ✓ Gebruik de hulpbronnen van mobiele teams om verbanden te leggen
 - ✓ De vraag van functie 5 naar samenwerking met partners uit de geestelijke gezondheidszorg: de huisvestingssector wil een aanwezigheid van de gezondheidszorg in de accommodatie
 - ✓ De grote vraag naar huisvesting voor dubbeldiagnose patiënten, wat zorgt voor meer samenwerking met het Waalse zorgagentschap AViQ
- De geografische dekking van mobiele teams vergroten :
 - ✓ Aanwervingen in geografische gebieden met de laagste dekking
 - ✓ verbetering van de toegankelijkheid en de mobiliteit door de oprichting van mobiele kantoren en antennes

Deel 1. Thematische analyse

5. Visie op herstel, de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg

4. Eindbeoordeling



- Aan het eind van de sessie stelden wij de **volgende vragen** aan de panels om na te gaan wat hun algemene gevoel was betreffende :

1. In hoeverre heeft de hervorming een culturele **verandering/evolutie teweeggebracht in de alomvattende en geïntegreerde zorg** voor de zorggebruikers?

A. De evolutie van een **psychiatrische/medische/psychosociale visie op zorg naar een globale visie** op de situatie van de patiënt in zijn geheel (leven, werk, vrije tijd, enz.)?

- Volgens de panels is er sinds de oprichting van de netwerken een voelbare tot significante ontwikkeling op dit gebied geweest



B. Idem voor “ernstige” psychiatrische aandoeningen?

- Volgens de panels is er op dit gebied een zwakke tot voelbare verandering geweest sinds de oprichting van de netwerken. Hoewel er in de samenleving meer aandacht is voor psychiatrische problemen, ontbreekt het voor ernstige psychiatrische stoornissen nog steeds aan een visie op herstel. Wij noteren dan ook een heropnamepercentage voor deze patiëntengroep van 35 tot 40 %



2. In welke mate hebben netwerkvorming, zorgcircuits en/of intersectorale samenwerking geleid tot een **grotere bewustwording van de specificiteit en deskundigheid van elke actor bij het verbeteren van geïntegreerde en niet-gesegmenteerde hulp en zorg** aan de bevolking?

- Volgens de panels is er op dit gebied sinds de oprichting van de netwerken een voelbare evolutie aan de FR-zijde en een significante aan de NL-zijde. De deskundigen ontmoeten elkaar, maar hebben nog steeds verschillende visies. Het conceptuele kader bestaat, maar wordt nog niet in de praktijk gebracht. In de praktijk krijgen de patiënten de meest geschikte zorg, afhankelijk van de sector. "Ze komen niet standaard in psychiatrische ziekenhuizen terecht! "



3. In hoeverre is de geografische dekking van de MT veranderd sinds de invoering van de hervorming?

- Volgens de panels is er sinds de oprichting van de netwerken een significante ontwikkeling op dit gebied geweest



4. In hoeverre is de samenwerking tussen netwerken om de geografische dekking van de MT te verbeteren geëvolueerd sinds de hervorming is doorgevoerd?

- Volgens de panels is er sinds de oprichting van de netwerken een voelbare tot significante ontwikkeling op dit gebied geweest



5. In hoeverre maakt de ontwikkeling van de geografische dekking van de MT het mogelijk beter tegemoet te komen aan de vraag van de zorggebruikers naar interventie?

met nuances naar gelang van het type netwerk (K&J of V) en rekening houdend met het feit dat de vraag groot is en het aanbod verzadigd, met name wegens de geografische dekking van de netwerken en de woongebieden van de zorggebruikers



6. (In welke mate) is de zorg en ondersteuning voor zorggebruikers meer geïntegreerd dan tien jaar geleden? Hoe worden de kwaliteit en de evolutie ervan gemeten?

- Er heeft zich een voelbare ontwikkeling voorgedaan, maar er wordt nog steeds in silo's gewerkt, vooral op het niveau van de volwassenen (bij K&J wordt meer samengewerkt omdat de zorggebruikers in hun hele omgeving worden opgevolgd). Bovendien moeten sommige complexe situaties op de zorg gericht blijven. Indicatoren: aantal raadplegingen, aanwezigheid van actoren op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg in de eerstelijnszorg



7. Wat is de beoordeling van de daadwerkelijke participatie van volwassenen/kinderen in het kader van het dispositief?

- Evolutie is aanwezig, maar duurt lang. Een generatie zal niet te veel zijn. De coördinatoren staan garant voor de visie, maar de partners nemen soms stappen terug (terugkeer van de EM naar de locatie van het ziekenhuis). Wij moeten de toegankelijkheid en de continuïteit van de zorg in de samenleving blijven bevorderen



Deel 1. Thematische analyse

5. Visie op herstel, de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg

4. Eindbeoordeling

• Samenvattend:

Het lijkt erop dat de actoren zich bewust zijn van de noodzaak om de zorggebruiker te integreren in een gemeenschappelijke holistische visie op herstel en van de toegevoegde waarde die dit zou hebben in termen van toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg. Er is echter nog een lange weg te gaan om dit te bereiken. Effectief :

- Er is momenteel geen gemeenschappelijke globale visie of zelfs maar een gemeenschappelijke definitie van herstel
 - De visie bestaat naar verluidt in Vlaanderen, maar wordt nog niet in de praktijk gebracht
 - Deze visie bestaat nog niet in de andere twee regio's, omdat het begrip herstel daar nog maar net ingang begint te vinden; sommigen menen zelfs dat dit begrip specifiek is voor volwassenen, omdat kinderen en jongeren nog in ontwikkeling zijn
- Ziekenhuizen zouden een medische/zorgverlenende visie op opvolging behouden
- Volgens de panels hebben de netwerken het te druk met hun organisatorische opbouw en hebben ze geen tijd om zich te concentreren op wat zinvol is in hun werk
- de talrijke overheden met verschillende bevoegdheidsniveaus, die volgens de perceptie van de panels niet met elkaar overeenstemmen

Wat de toegankelijkheid en de continuïteit van de zorg betreft, moet de samenwerking binnen en tussen de netwerken op alle niveaus worden geïntensiveerd, met name op het gebied van synergiën inzake hulp- en zorgverlening via mobiele teams of voor bepaalde doelgroepen (16-23 jaar, dubbeldiagnose, enz.) en de ontwikkeling van gemeenschappelijke instrumenten (zoals IZP)

- Toch zijn er een aantal **innoverende praktijken** vastgesteld die kunnen worden veralgemeend :
 - Het concept van herstel wordt in sommige netwerken aangebracht, en de visie verspreidt zich inderdaad. Het zou interessant kunnen zijn om te analyseren hoe dit is geworteld in de zorgpraktijken van de partners
 - Er zijn talrijke initiatieven opgezet rond het thema "continuïteit van de zorg", zowel op intersectoraal als op meer micro-niveau, met instrumenten die daartoe kunnen worden gebruikt (Boostons nos collaborations, "construire des ponts" dag, ...)
 - In Brussel bevordert de aandacht voor precaire situaties en sociale problemen een integratie tussen het sociale en het medisch-psychologische domein

- **Verschillende hefboomen**, geopperd door de panels, kunnen worden gebruikt:

➤ Op vlak van de visie op herstel :

- Maak van het nadenken over de ontwikkeling van een gemeenschappelijke visie een strategische prioriteit voor de netwerken en integreer de niet-geestelijk-gezondheidspartners verder (ga van een netwerk voor geestelijke gezondheid naar een netwerk voor gezondheidsbevordering)
- Verspreiden van herstelgericht werk
- De overheden aanmoedigen opleidingen te ontwikkelen in de binnen de netwerken ontwikkelde concepten en met name in het concept van herstel
- Werken op basis van zorgprogramma's in plaats van functies
- De participatie van de zorggebruikers en de dialoog tussen professionals - begunstigden - deskundigen ontwikkelen in een geest van bottom-up-samenwerking, aangezien participatie deel uitmaakt van herstel. Peer support is een uitstekende vector om de evolutie van de medische zorg naar een op herstel gerichte visie te bevorderen
- Preventie en eerstelijns ondersteuning ontwikkelen als instrumenten voor de volksgezondheid
- De samenwerking tussen netwerken K&J en V aanmoedigen, waarbij de bijdrage van K&J met een meer geavanceerde visie op herstel een echte toegevoegde waarde zou vormen
- Actoren opleiden in herstelondersteunende zorg
- Verder bouwen op mobiele teams (cf. evolutie van de mentaliteit van de arts van een medische visie naar een visie die is uitgebreid op hulpverlening door samen te werken met mobiele teams)

➤ Op vlak van continuïteit van zorg :

- Op het niveau van de mobiele teams :
 - ✓ "mobiele zorgteams" hernoemen tot "intersectorale mobiele teams" (netwerken K&J) of "multidisciplinaire mobiele teams" (netwerken V)
 - ✓ Centralisatie van informatie over het aanbod van hulp en zorg op een gemeenschappelijke site voor alle netwerken

Deel 1 – Thematische analyse

6. Evaluatie

Deel 1. Thematische analyse

6. Evaluatie

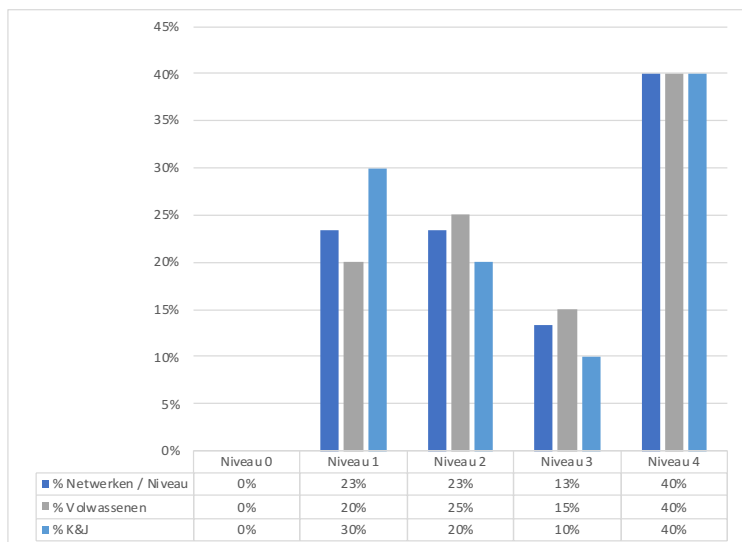
1. Inleiding

De kwestie van de evaluatie is een transversaal vraagstuk dat zowel de werking van de netwerken als de uitgevoerde concrete acties betreft. Het betreft alle hierboven genoemde thema's. Daarom hebben wij ervoor gekozen de netwerkcoördinatoren en bepaalde panels te vragen hoe evaluatie deel uitmaakt van de netwerkcultuur

2. Vaststellingen

A. De maturiteit van het evaluatieproces van de werking van de netwerken

0. Er is geen evaluatie van de werking van het netwerk.
1. Een evaluatie van de werking van het netwerk wordt op een ad hoc en informele basis georganiseerd.
2. Periodiek wordt een evaluatie van de werking van het netwerk georganiseerd
3. Er wordt periodiek een evaluatie van de werking georganiseerd, waarbij goede praktijken worden opgelijst.
4. Er wordt periodiek een evaluatie van de werking van het netwerk georganiseerd, Waaruit concrete actieplannen voortvloeien die in het strategisch plan worden opgenomen.



- Alle netwerken hebben een proces voor de evaluatie van de werking van het netwerk
- Er is over het algemeen sprake van een behoorlijke maturiteit, meer dan de helft van de netwerken voert evaluaties uit die tot te ondernemen acties leiden, waarvan 40% in de strategische plannen is opgenomen
- Voor de anderen vinden de evaluaties van hun werking slechts ad hoc en informeel of periodiek plaats en blijven zij beperkt tot het maken van opmerkingen zonder dat er werkelijk actie wordt ondernomen
- Volgens de panels worden de evaluaties uitgevoerd via het activiteitenverslag en de netwerkcomités. Afgezien van de netwerkcomités is er geen echte systematische evaluatie
- Evaluaties weerspiegelen niet altijd de realiteit, aangezien coördinatoren zich niet vrij voelen om te zeggen wat zij willen gelet op het risico van mogelijke reacties van partners
- Volgens de panels zijn er weinig acties waarvoor er gestandaardiseerde evaluaties bestaan (bv. mobiele teams)

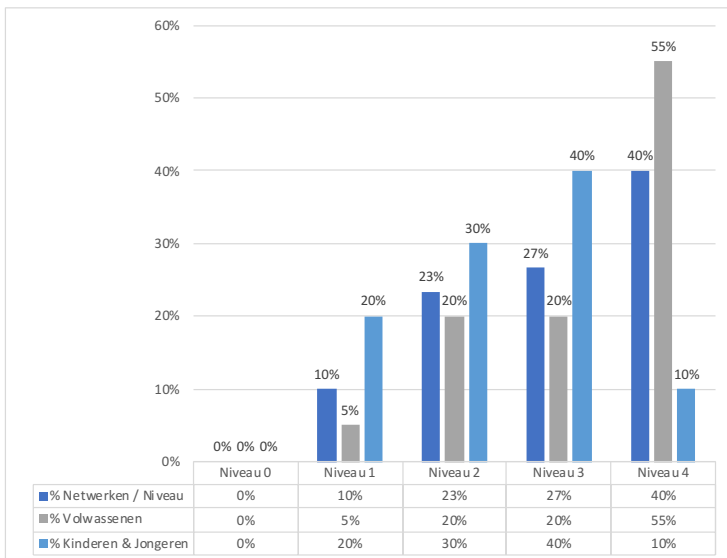
Deel 1. Thematische analyse

6. Evaluatie

2. Vaststellingen

B. De maturiteit van het evaluatieproces van de acties van de netwerken

0. Er is geen evaluatie van de werking van het netwerk.
1. Een evaluatie van de werking van het netwerk wordt op een ad hoc en informele basis georganiseerd.
2. Periodiek wordt een evaluatie van de werking van het netwerk georganiseerd
3. Er wordt periodiek een evaluatie van de werking georganiseerd, waarbij goede praktijken worden opgelijst.
4. Er wordt periodiek een evaluatie van de werking van het netwerk georganiseerd, Waaruit concrete actieplannen voortvloeien die in het strategisch plan worden opgenomen.



- Er is over het algemeen sprake van een behoorlijke maturiteit, alle netwerken hebben een proces voor de evaluatie van de door het netwerk uitgevoerde acties
- Volgens de panels zijn de bevindingen verfraaid en niet in overeenstemming met de werkelijkheid. De realiteit is complexer, aangezien de netwerkcoördinatoren niet over de tijd en de middelen beschikken om naast de weinige bestaande evaluaties systematische evaluaties op te zetten (b.v. werking van mobiele teams, enz.)
- De overheden zouden zich te veel richten op kortetermijnevaluaties, waarvoor veel middelen moeten worden vrijgemaakt, waarover de netwerken niet in voldoende mate beschikken
- Niettemin zou er sprake zijn van informele ongestructureerde en permanente evaluaties, afkomstig van de sociale controle, feedback van de actoren, waardoor de netwerken hun acties zo nodig kunnen aanpassen of er rekening mee kunnen houden voor de toekomst
- Meer dan 2/3 van de netwerken (75% van de netwerken volwassenen en 50% van de netwerken K&J) voert evaluaties uit die leiden tot te ondernemen acties, waarvan 40% is opgenomen in strategische plannen. De anderen voeren ad hoc en informeel of periodiek evaluaties uit en beperken zich tot opmerkingen zonder dat er echt iets mee wordt gedaan
- Volgens de panels zijn de evaluaties vooral gericht op het optreden van de verbindingfunctionarissen. De evaluaties zouden jaarlijks en in het beste geval om de driemaal per jaar zijn. Als de projecten eenmaal zijn uitgevoerd, is er geen systematische evaluatie van wat er tot stand is gebracht
- Volgens de panels bestaan er actieplannen op lange termijn, maar daarin wordt slechts een zeer beperkt aantal projecten genoemd
- Wat communicatie betreft, zijn de communicatieplannen zeer recent; de evaluatie kan worden toegespitst op objectieve, kwantificeerbare elementen zoals websites, nieuwsbrieven en toegang tot sociale netwerken, maar de evaluatie van sensibiliseringsacties blijft beperkt

Deel 1. Thematische analyse

6. Evaluatie

3. Hefbomen en hindernissen

Evaluatie van de werking van het netwerk en van de uitgevoerde acties :

➤ Hindernissen

- De logheid, het gebrek aan flexibiliteit en de jaarperiodiciteit van het strategisch plan met als gevolg dat het voor de coördinatoren zeer moeilijk is om er een instrument van te maken dat wordt gedeeld met de partners en om hen te laten deelnemen aan de opstelling ervan (tijdgebrek)
- Gevolg: de indruk dat de FOD zich niet bewust is van het gebrek aan middelen van de netwerken
- Niet-naleving van het strategisch plan :
 - ✓ vanwege de actualiteit: netwerken herformuleren hun prioriteiten naar gelang van de actualiteit en de realiteit (van de praktijk) van dat moment
 - ✓ als gevolg van beleidswijzigingen en veranderingen in de prioriteiten van de overheden
- De perceptie van het netwerk als een toegevoegde waarde en niet als een middel om samen te werken, met als gevolg dat het "individualisme" van de sectoren in stand wordt gehouden en er bijgevolg geen echte belangstelling bestaat voor de evaluatie van de werking van het netwerk
- Het gebrek aan ervaring van de actoren met geformaliseerde evaluatie (gebrek aan kennis van instrumenten en systemen)
- Gebrek aan tijd en middelen om informatie te verzamelen en te verwerken. Teams richten zich meer op de inhoud van het project dan op de evaluatie ervan
- De terughoudendheid voor het gebruik van de verzamelde gegevens en het gebrek aan kennis over wat de FOD met de activiteitenverslagen zal doen.

➤ Verschillende hefbomen, geopperd door de panels, kunnen worden gebruikt:

- Sommige verbindingfunctionarissen (netwerken K&J) hebben een rol gekregen bij de evaluatie van de acties of projecten die zij voor het netwerk uitvoeren



4. Eindbeoordeling

- Aan het eind van de sessie stelden wij de **volgende vragen** aan de panels om na te gaan wat hun algemene gevoel was betreffende :

1. *In hoeverre zijn de uitvoering en de effecten van een evaluatiesysteem geëvolueerd sinds de invoering van de hervorming?*

- Volgens de panels zijn sinds de oprichting van de netwerken de uitvoering en de effecten van het evaluatiesysteem significant veranderd wat de werking van de netwerken betreft, terwijl het effect op de evaluatie van de door het netwerk uitgevoerde acties slechts zwak is

2. *In hoeverre heeft het evaluatieproces de werkmethoden veranderd om beter aan de doelstellingen van de hervorming te beantwoorden?*



- Volgens de panels is de verandering in de praktijken sinds de oprichting van de netwerken voelbaar wat de werking van de netwerken betreft, maar slechts zwak wat de evaluatie van de door het netwerk opgezette acties betreft

3. *Wat de evaluatie van de communicatieacties betreft, zien de panels een verschuiving naar periodieke in plaats van louter ad hoc en informele evaluatie*



▪ Samenvattend:

De evaluatiecultuur is noch in de werking van de netwerken zelf, noch in de door het netwerk uitgevoerde acties verworven, ook al hebben de deelnemers aan de panels allen blij gegeven van een reële belangstelling voor deze aanpak

De grootste hindernis zou het gebrek aan tijd en middelen zijn en de moeilijkheid om corrigerende maatregelen uit te voeren gezien de tijdsdruk van activiteitenverslagen en strategische plannen

Voorafgaande ondersteuning en reflectie over evaluatie zou een waardevolle hefboom zijn om gemeenschappelijke doelstellingen voor het netwerk vast te stellen en deze te evalueren met het oog op een betere uitvoering van de hervorming

- Er kunnen **hefbomen** worden gebruikt om de uitvoering van evaluatieacties aan te moedigen :

- Toewijzing van een specifiek budget voor de financiering van VTE's voor het uitvoeren van de evaluaties
- Bundelen van middelen tussen netwerken K&J en V
- Terbeschikkingstelling van evaluatie-instrumenten en -middelen

Deel 2. Synthese per doelstelling

Deel 2. Synthese per doelstelling

0. Het kader

- In dit deel wordt een overzicht gegeven van de samenvattende conclusies en wordt aangegeven waar we nu staan, en hoe de bij de hervorming ingevoerde procedure(s) de verwezenlijking van de drie vastgestelde doelstellingen mogelijk heeft (hebben) gemaakt

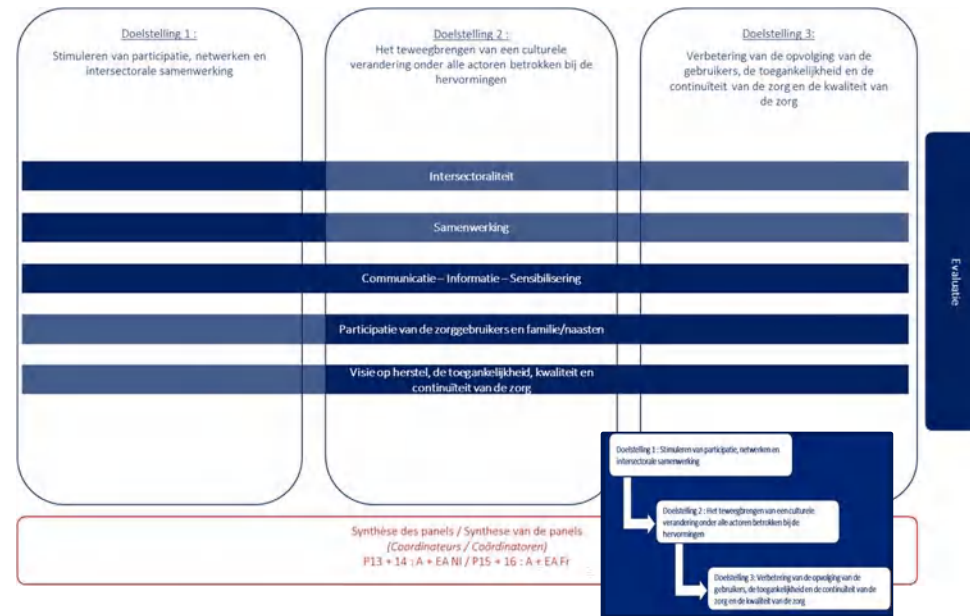
- Daartoe hebben wij voor elke doelstelling de thema's vastgesteld die bijdragen tot de verwezenlijking ervan, teneinde zoveel mogelijk een antwoord te geven op de door het Expertteam gestelde vragen (zie p. 8). De grens tussen de doelstellingen is uiteraard niet ondoorzichtig, maar sommige thema's spelen een overheersende rol bij de verwezenlijking van de ene of de andere doelstelling

Ter illustratie : zo speelt intersectoraliteit een belangrijke rol bij de verwezenlijking van doelstelling 1, maar heeft zij ook een duidelijke impact op de andere twee doelstellingen

- Vervolgens hebben wij deze synthese tijdens de synthesespanels aan het advies van de coördinatoren onderworpen en aldus het werk met hun reacties verrijkt

- De aldus geformuleerde conclusies zijn de weergave van de discussies die tijdens de analyse zijn gevoerd in de verschillende panels die bestonden uit deskundigen en coördinatoren van de netwerken. Omwille van de neutraliteit heeft de FOD niet aan deze besprekingen deelgenomen en heeft zij dus niet kunnen reageren op de bevindingen, hefbomen, belemmeringen en mogelijkheden tot verbetering die door de panels zijn geformuleerd. Hetzelfde geldt voor de verschillende overheden die bij de hervorming betrokken zijn

- De volgende pagina's bevatten de volledige samenvatting/doelstelling



Doelstelling 1 : Stimuleren van participatie, netwerken en intersectorale samenwerking	Doelstelling 2 : Het tweevleegbrengen van een culturele verandering onder alle actoren betrokken bij de hervormingen	Doelstelling 3: Verbetering van de opvolging van de gebruikers, de toegankelijkheid en de continuïteit van de zorg en de kwaliteit van de zorg
<ul style="list-style-type: none"> Welke functies en programma's zijn daadwerkelijk in een netwerk opgenomen? Via welke specifieke soorten acties (zorgprogramma, enz.)? In hoeverre is de eerste lijn beter geïntegreerd in deze complementariteit van hulp en zorg rond de behoeften van de gebruikers? Wat zijn de innovatieve praktijken geweest? In hoeverre is er sprake van een verschuiving naar meer dialoog, coördinatie en samenwerking en op welk niveau (partners, netwerken, autoriteiten, enz.)? In hoeverre zijn er echte intersectorale samenwerkingsverbanden tot stand gekomen? Wordt de participatie van zorggebruikers en familieleden geïmplementeerd en maakt deze deel uit van de cultuur? Hoe kan dit worden aangetoond? Welke balans kan worden gemaakt van de effectieve participatie van volwassenen/kinderen en adolescenten in het kader van het opgezette systeem? 	<ul style="list-style-type: none"> In hoeverre heeft de hervorming een culturele verandering/evolutie teweeggebracht in de alomvattende en geïntegreerde zorg voor de zorggebruikers? <ul style="list-style-type: none"> Van de psychiatrie tot het concept van de geestelijke gezondheid Van de bio/medische psychosociale visie tot de vermoedelijk van de zorg De evolutie van de rol van de psychiater en van de andere actoren die de gebruikers en zijn entourage vanuit een andere invalshoek moeten beschouwen (interviewmethodologie). Met betrekking tot ernstige psychiatrische aandoeningen: evolutie van het medische model naar een ontwikkelings- en herstelmodel Wat is de evolutie van de praktijken en op welk gebied? In termen van functies en programma's? In welke mate heeft de netwerkvorming, de zorgcircuits en/of de intersectorale aanpak het bewustzijn van de specificiteit en de deskundigheid van elke actor bij de verbetering van de geïntegreerde en niet-geïntegreerde bijsluiting en zorg voor de bevolking vergroot? 	<ul style="list-style-type: none"> In welke mate is de bijsluiting en de zorg voor de zorggebruikers meer geïntegreerd dan tien jaar geleden? Hoe wordt de kwaliteit en de evolutie ervan gemeten? In hoeverre heeft de participatie van gebruikers en familieleden invloed gehad op de organisatie van de zorg op macro- (overheden) en meso- (diensten) niveau? In hoeverre hebben de zorgnetwerken en zorgcircuits een antwoord mogelijk gemaakt dat meer gericht is op de behoeften van de zorggebruikers en hun gezinnen (met een globale visie)? Wordt de participatie van gebruikers en familieleden geïmplementeerd en maakt deze deel uit van de lokale cultuur? Hoe kan dit worden aangetoond? Welke beoordeling kan worden gemaakt van de effectieve deelname van volwassenen/kinderen en adolescenten in het kader van het opgezette systeem?

Deel 2. Synthese per doelstelling

1. Doelstelling 1: Stimuleren van participatie, netwerken en intersectorale samenwerking

1. Inleiding
 - Alle thema's dragen in meer of mindere mate bij tot de verwezenlijking van de drie doelstellingen. Niettemin kunnen we drie van deze thema's beschouwen als vectoren van netwerkvorming, participatie en intersectoraliteit :
 - Intersectoraliteit
 - Samenwerking en transversaliteit
 - Communicatie – Informatie – Sensibilisering
2. Hoe is deze doelstelling bereikt met de in het kader van de hervorming ingevoerde procedure(s)? Waar staan we vandaag?
 1. De netwerken **evolueren**, zowel wat hun bestuur als wat hun werking betreft, **in de richting van intersectoraliteit**, hoewel nog een **grote inspanning moet worden geleverd om partners uit het maatschappelijk leven** (en met name vertegenwoordigers van zorggebruikers en naasten of de sector van de jonge kinderen) **en eerstelijnspartners** te integreren. De eerstelijnszorg zou immers meer dan in het verleden geïntegreerd zijn in het complementaire karakter van de hulpverlening en de zorgverlening rond de behoeften van de zorggebruiker, en deze evolutie wordt door de netwerkcoördinatoren als belangrijker ervaren dan door de netwerkpartners. De coördinatoren zijn ook van mening dat het governancemodel moet evolueren met het oog op de grotere betrokkenheid van de partners in vergelijking met toen de netwerken werden opgericht
 2. Netwerken zijn zich bewust van de toegevoegde waarde van samenwerking en transversaliteit en **intensiveren hun samenwerking steeds meer** :
 - ✓ Hetzij in termen van complementariteit van het aanbod voor dezelfde doelgroep (volwassenen of K&J), hetzij voor een specifieke doelgroep (16-23 jaar). Er zij op gewezen dat er andere problematische leeftijdsgroepen zijn die baat zouden kunnen hebben bij meer samenwerking, zoals ouderen en jonge kinderen
 - ✓ hetzij in de vorm van uitwisselingen en goede praktijken om hun efficiëntie op het gebied van beheer en het werk in de praktijk te verbeteren

Sinds de oprichting van de netwerken is er een positieve tendens geweest in de tot stand gebrachte intersectorale samenwerking. Er moet nog een grote inspanning worden geleverd op het niveau van de eerste lijn, waar de geestelijke gezondheid nog niet voldoende in aanmerking wordt genomen, vooral wegens het grote aantal partners en de moeilijke vertegenwoordiging van sommige van hen (huisartsen)
3. Hoewel **communicatie** bij de oprichting van de netwerken geen prioriteit was, is er **steeds meer rekening mee gehouden om de professionals en de zorggebruikers te sensibiliseren van de netwerken** en zo samenwerking, transversaliteit en intersectoraliteit te bevorderen. Het is echter **moeilijk dit in de praktijk om te zetten**, omdat het tijd, energie en middelen vergt waarover de netwerken niet in voldoende mate beschikken, vooral omdat de communicatie zelf tussen de overheden gefragmenteerd is (vooral in deze periode van Covid)
4. *Uit de discussie met de panels kunnen wij de volgende suggesties afleiden :*
 - ✓ Er moet grondig worden nagedacht over de filosofie van de netwerken, de vertegenwoordiging van de partners in het netwerkcomité, het werkingsniveau van de netwerken en het bestuur ervan ; dit moet gebeuren om binnen het netwerk een evenwicht te bewaren tussen concrete acties (op het terrein) en de meso-/macro-acties die het netwerk structureren. Met het oog op de bestending van de legitimiteit van de netwerken vragen de coördinatoren om meer coherentie van de overheden en meer autonomie (de overheid stelt het kader vast, de netwerken voeren uit). De belangrijkste constatering is dat er in de praktijk partnerschappen bestaan, maar dat het op het niveau van werkgroepen en netwerkorganen moeilijk is om deze tot stand te brengen. De formalisering van samenwerkingsovereenkomsten blijft moeilijk
 - ✓ Structurele hindernissen voor samenwerking moeten worden weggenomen, waaronder :
 - Gebrek aan financiering voor samenwerkingsverbanden
 - Het probleem van de verdeling van de bevoegdheden en het afhaken van partners ten gevolge van het gebrek aan samenhang tussen de overheden, zoals waargenomen door de panels
 - Geografische spreiding van netwerken
 - De verschillen in middelen tussen de netwerken volwassenen en de netwerken kinderen en jongeren (verbindingsfunctionarissen, ICL's, enz.)
 - De waargenomen dominantie van bepaalde actoren (sponsoring door ziekenhuizen, ...)
 - Gebrek aan beschikbaarheid van actoren
 - ✓ communicatie als instrument voor sensibilisering en het bijeenbrengen van actoren moet worden geïntensiveerd

Deel 2. Synthese per doelstelling

1. Doelstelling 1: Stimuleren van participatie, netwerken en intersectorale samenwerking

3. **Verschillende hefboomen**, geopperd door de panels, kunnen worden gebruikt:
- **Op het niveau van de overheden :**
 - De overheden van elke partner worden verzocht de hervorming proactief en gecoördineerd te ondersteunen. Er is meer dialoog nodig tussen het federale niveau en de netwerken (de eisen van de overheid staan soms haaks op de strategische plannen van de netwerken)
 - Harmonisatie en beperking van de regelgeving rond netwerken zou de samenwerking vergemakkelijken: de overheden moeten een kader bieden, maar de invulling van de netwerken vrij laten
 - Versterken van de dialoog en ontwikkelen van samenhang tussen de federale overheid en de gemeenschappen
 - De subsidiërende overheden aan te moedigen om, wanneer zij een partner subsidie verlenen, deze uit te nodigen contact op te nemen met het netwerk
 - **Vanuit organisatorisch oogpunt**
 - Het netwerk en het beheer ervan praktischer maken (experimenteren met nieuwe netwerkmodellen om bij de partners draagvlak/betrokkenheid te creëren)
 - Laat netwerken zich verplaatsen naar partners en niet andersom
 - Waardering van deelname (financieel/door de bestendigheid van bepaalde proefprojecten, ...)
 - Het herdenken van netwerken door nieuwe benaderingen van samenwerking te ontwikkelen (in tegenstelling tot het vermenigvuldigen van vergaderingen en overlegplatforms), door te werken aan concrete thema's of projecten of door actoren op andere niveaus dan het netwerkniveau erbij te betrekken
 - Partners die nu nog op lokaal in plaats van op globaal niveau afwezig zijn, te integreren, bijvoorbeeld door middel van proefprojecten ("kleine-stappenbeleid")
 - Profiteer van de post-covid periode om relaties te ontwikkelen met preventiepartners
 - Streven naar participatie van huisartsen door acties in huisartsenkringen (maar dit blijft moeilijk)
 - **Op vlak van samenwerking**
 - Bevordering van de uitwisseling tussen mensen uit verschillende netwerken die dezelfde functies vervullen
 - Het concept van overgang ontwikkelen om ervoor te zorgen dat de jongere de actor wordt in zijn of haar eigen zorg als hij volwassen(e) wordt
 - Meer structurele samenwerkingsverbanden ontwikkelen rond bepaalde doelgroepen, zoals 16-23-jarigen
 - Streven naar meer samenhang in het beleid tussen de verschillende overheden
 - Aanvullende financiële steun verlenen die is aangepast aan de realiteit van de netwerken
 - Harmoniseren van de middelen van de netwerken V en K&J, met inbegrip van het verstrekken van middelen aan de netwerken volwassenen om verbindingfunctionarissen en/of contactpersonen voor de ICL's te creëren
 - Vernieuwing op het niveau van de samenwerkingsmethoden en rationalisering van de fora, plaatsen voor overleg tussen dezelfde actoren
 - de samenwerking tussen netwerken bevorderen, teneinde de uit de hervorming voortvloeiende culturele veranderingen te verankeren door synergiën en peersupport
 - Bied netwerken IT-ondersteuning om bestanden te delen met partners en andere netwerken (SharePoint)

Deel 2. Synthese per doelstelling

1. Doelstelling 1: Stimuleren van participatie, netwerken en intersectorale samenwerking

3. **Verschillende hefboomen**, geopperd door de panels, kunnen worden gebruikt (**vervolg**)
- **Op vlak van transversaliteit**
 - Samenwerkingsverbanden opzetten vanuit het veld: bv. opstellen van zorgplannen voor patiënten die alleen door huisartsen worden gevolgd
 - Uitwisselingen tussen geestelijke gezondheids- en culturele partners in de netwerken volwassenen bevorderen om de continuïteit te waarborgen van de ondersteuning en de zorg voor patiënten die de netwerken K&J verlaten voor de netwerken volwassenen
 - **Op vlak van communicatie/sensibilisering**
 - Meer communicatie ontwikkelen over wat de netwerken doen (niet wie ze zijn)
 - Een communicatieplan opstellen
 - ✓ Gemeenschappelijk voor de actoren van het netwerk
 - ✓ Integratie van de aanpak per doelgroep en gebruikmakend van verschillende communicatiekanalen die aan deze doelgroepen zijn aangepast (digitaal, papier, fysieke aanwezigheid, ...) waarbij ervoor moet worden gezorgd dat de websites actueel en interactief zijn
 - ✓ Proactieve communicatie om de eerste lijn te informeren en opleiden over geestelijke gezondheid
 - ✓ Ook gericht op het brede publiek (om ook de partners uit het maatschappelijk leven meer te bereiken)
 - Stimuleren van ontmoetingen tussen partners via :
 - ✓ Deelname van partners aan de organen van andere partners (bv. deelname van de geestelijke gezondheidszorg aan de preventieraden van de jeugdhulp)
 - ✓ Specifieke initiatieven zoals ontmoetingen tussen sectoren, "Rendez-vous en terrain connu/terre inconnue"

Deel 2. Synthese per doelstelling

2. Doelstelling 2: Het teweegbrengen van een culturele verandering onder alle actoren betrokken bij de hervorming

1. Inleiding

- Wij kunnen nu reeds nagaan of, en in hoeverre, deze doelstelling is bereikt ten aanzien van doelstelling 1. Iedereen is het er immers over eens dat deze doelstelling alleen volledig kan worden bereikt wanneer netwerkvorming en intersectoraliteit volledig tot stand zijn gebracht, hetgeen niet het geval is. Aan de hand van drie hoofdthema's kan het effect van het proces op deze doelstelling beter worden gemeten: sensibilisering/informatie/communicatie, participatie van de zorggebruikers en naasten, en uiteraard de visie op herstel, toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg

2. Hoe is dit doel bereikt met de in het kader van de hervorming ingevoerde procedure(s)? Waar staan we vandaag?

- De communicatie is steeds verder ontwikkeld en maakt het mogelijk informatie te verspreiden onder professionals en zorggebruikers en tevens de sensibilisering van netwerkvorming te vergroten, waardoor het ontstaan van een netwerkcultuur onder de actoren wordt bevorderd. Helaas moeten er, zoals we hebben gezien, nog veel inspanningen worden geleverd
- De participatie van zorggebruikers en naasten is sinds de oprichting van de netwerken weinig veranderd, althans wat betreft de reële invloed van deze participatie op de werkzaamheden van de netwerken en de actoren ervan en dus op de praktijken. In de netwerken K&J wordt echter samengewerkt met gezinsvertegenwoordigers, omdat kinderen en jongeren altijd worden opgevangen door hun hele leefomgeving erbij te betrekken. Er zijn nog aanzienlijke inspanningen nodig om de participatie van zorggebruikers en naasten in de werking van de meeste netwerken te vergroten (hun participatie is hoger op microniveau via deelname aan projecten), maar ook om ervoor te zorgen dat die participatie reëel is, verankerd is in gewoonten en in de tijd wordt volgehouden voor een blijvende culturele verandering ten gunste van de zorggebruiker

De netwerken zitten boordevol ideeën om deze participatie te vergroten en hebben al een aantal innovatieve praktijken ingevoerd, zoals :

- de integratie van ex-zorggebruikers in projecten, binnen diensten en/of netwerkteams, en peersupport
- "Les bureaux clients", overkopcafés en herstelacademies voor de uitwisseling tussen experts en peers in aangename, open ruimten
- Uitwisselingsdagen met de onderwijssector om de standpunten van kinderen te verzamelen, avondvergaderingen op basis van getuigenissen die aanzetten tot uitwisseling

- Ten slotte lijkt het erop dat de actoren zich bewust zijn van de noodzaak om de zorggebruiker te vatten in een gemeenschappelijke holistische visie op herstel en de toegevoegde waarde die dat zou opleveren. Er is echter nog een lange weg te gaan om dit te bereiken. Inderdaad :

- Op dit moment is er geen sprake van een gemeenschappelijke globale visie of zelfs maar een gemeenschappelijke definitie van herstel. De gemeenschappelijke visie zou bestaan in Vlaanderen en nog niet in de twee andere gewesten, het begrip herstel zelf begint nog maar zijn intrede te doen; sommigen menen zelfs dat dit begrip specifiek zou zijn voor volwassenen, kinderen en jongeren zijn in volle ontwikkeling. Dit verklaart de verschillende perceptie van de panels in de evolutie van de bewustwording van de specificiteit en de deskundigheid van elke actor in de verbetering van de geïntegreerde en niet gesegmenteerde hulp en zorg: de Franstaligen vinden deze zwak terwijl de Nederlandstaligen deze voelbaar vinden. Het conceptuele kader bestaat, maar is nog niet in de praktijk gebracht. Ziekenhuizen behouden een medische/verzorgende visie op zorg
- De netwerken zouden te zeer gericht zijn op hun organisatorische constructie en niet op wat zinvol is in hun werk
- De vele overheden met verschillende bevoegdheidsniveaus die, volgens de perceptie van de panels, niet met elkaar overeenstemmen

- Niettemin heeft zich sinds de oprichting van de netwerken een evolutie voorgedaan.

- De panels zijn van mening dat er een belangrijke verschuiving plaatsvindt in de richting van een cultuuromslag in de algemene en geïntegreerde zorg voor begunstigden; we zouden dus van een psychiatrische, medisch-psychosociale visie op zorg overgaan naar een meer algemene visie, althans voor de minder ernstige psychiatrische stoornissen. De medische visie blijft inderdaad overheersen en de evolutie naar een meer holistische zorg zou zwakker zijn wanneer het gaat om ernstige psychiatrische stoornissen (voor de goede orde, sommigen menen dat de hervorming "deinstitutionalisering" verwarde met "dehospitalisering")

Deel 2. Synthese per doelstelling

2. Doelstelling 2: Het teweegbrengen van een culturele verandering onder alle actoren betrokken bij de hervorming

3. Verschillende hefboomen, geopperd door de panels, kunnen worden gebruikt

➤ Op vlak van communicatie / sensibilisering

- Cf. Doelstelling 1 – p 54
- De ontwikkeling van een gemeenschappelijk platform voor alle netwerken zou de netwerken ondersteunen en de toegang tot de informatie vergemakkelijken voor de zorggebruikers, maar ook voor de netwerkpartners en andere professionals (b.v. bladeren op thema en/of op plaats). Een dergelijk platform zou ook alle andere nuttige informatie in verband met geestelijke gezondheidszorg kunnen centraliseren (informatiebladen, nieuwsbrieven aangepast aan de actualiteit, preventieve acties, goede praktijken, ...)

➤ Op vlak van vertegenwoordiging van zorggebruikers en naasten

- De directe vertegenwoordiging van zorggebruikers op alle niveaus (macro, meso en micro) aanmoedigen en hun de instrumenten verschaffen om zich vrij uit te drukken en te zorgen voor een echte participerende vertegenwoordiging, gebruikersraden oprichten onder jongeren, zich richten op ouders in plaats van op gezinnen, de stem van de zorggebruiker zoeken als die niet spontaan naar voren komt, te beginnen op lokaal niveau. Voor jongeren: informatie verspreiden (over onderwerpen die verband houden met geestelijke gezondheid, over het aanbod, ...) en getuigenissen van andere jongeren delen
- Ontwikkeling van peersupport binnen de netwerken (functiecomités, mobiele teams), in de mate dat de behoeften van de gebruikers daardoor beter in kaart kunnen worden gebracht
- Bevordering van de participatie van zorggebruikers en verwanten door financiële of andere erkenningsmechanismen (verspreiding van informatie, vaststelling van een minimumaantal vertegenwoordigers (ten minste 2)) en de instandhouding van deze participatie door het opzetten van intervisies. Zorgen voor echte supervisie en ondersteuning (formeel en informeel) van de vertegenwoordigers
- Activeren van een dynamiek van dialoog tussen professionals - zorggebruikers - naasten die een concrete uitwisseling van meerdere perspectieven mogelijk maakt (tegenover een formele vertegenwoordiging in de netwerkstructuren)

➤ Op het vlak van de visie op herstel

- Van een gemeenschappelijke visie te ontwikkelen op de filosofie van de netwerken, de visie op herstel, zingeving, enz. een strategische prioriteit maken, en op de diensten die binnen de netwerken moeten worden verleend, met het oog op complementariteit tussen de aanbieders. Ervoor zorgen dat de niet-geestelijk-gezondheidspartners meer bij deze reflectie worden betrokken. Van een netwerk voor geestelijke gezondheid naar een netwerk voor gezondheidsbevordering evolueren
- Verspreiding van herstelgericht werk
- De overheden aanmoedigen opleidingen te ontwikkelen in de binnen de netwerken ontwikkelde concepten en in het bijzonder in het concept van herstel
- Werken op basis van zorgprogramma's in plaats van op basis van functies. In Brussel heeft men bijvoorbeeld vastgesteld dat het rekening houden met preciaire situaties en sociale problemen de integratie tussen het sociale en het medisch-psychologische domein bevordert
- Preventie en eerstelijnsondersteuning ontwikkelen als instrumenten voor de volksgezondheid
- Actoren opleiden in herstelgerichte zorg
- Verder bouwen op mobiele teams (cf. evolutie van de mentaliteit van de arts van een medische visie naar een bredere visie op zorgverlening door het werken met mobiele teams)

Deel 2. Synthese per doelstelling

3. Doelstelling 3: Verbetering van opvolging van de gebruikers, toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de zorg

1. Inleiding

- Ook hier geldt, net als voor de vorige doelstelling, dat de volledige verwezenlijking ervan alleen kan worden gewaarborgd als de eerste twee doelstellingen zijn bereikt. De ontwikkeling in de richting van de verwezenlijking van deze doelstelling kan echter worden beoordeeld aan de hand van de feiten, de praktijken en de middelen die door de netwerken worden toegepast. We zullen hier kijken naar wat is geëvolueerd voornamelijk op het gebied van de toegankelijkheid en de continuïteit van de zorg (met de nadruk op de samenwerking tussen de netwerken voor jongeren van 16 tot 23 jaar en op de geografische dekking van de mobiele teams), waarbij de visie op herstel en participatie van de gebruiker in het vorige hoofdstuk is ontwikkeld

2. Hoe is deze doelstelling bereikt met de in het kader van de hervorming ingevoerde procedure(s)? Waar staan we vandaag?

- Naast communicatie, die zoals we hebben gezien steeds meer ontwikkeld wordt en het mogelijk maakt om informatie over het bestaande hulp- en zorgaanbod te verspreiden onder professionals en zorggebruikers (bijvoorbeeld dankzij innovatieve instrumenten zoals interactieve kaarten of online-instrumenten die toegankelijk zijn voor kwetsbare personen en hun naasten), zijn samenwerking tussen netwerken en interdisciplinaire samenwerking tussen partners van essentieel belang om de toegankelijkheid (en dus tijdige zorg voor gebruikers) en de continuïteit van de zorg te garanderen. **Ook hier blijkt dat, hoewel het werken in netwerken het mogelijk heeft gemaakt bepaalde praktijken te wijzigen, de samenwerking binnen en tussen de netwerken op alle niveaus moet worden geïntensiveerd, met name op het gebied van synergiën bij het verlenen van bijstand en zorg via mobiele teams of voor bepaalde doelgroepen (16- tot 23-jarigen, dubbeldiagnose, enz.) en bij de ontwikkeling van gemeenschappelijke instrumenten (zoals het IZP). Inderdaad, de :**

- Samenwerking vergroot de toegankelijkheid van de zorg en daarmee de tijdige zorg van zorggebruikers. Er is echter nog steeds :
 - Het ontbreken van preventie-actoren
 - Het gebrek aan aandacht of kennis van sommige partners over concepten van geestelijke gezondheid, ook al zijn er talrijke initiatieven genomen rond het thema "continuïteit van de zorg", zowel op intersectoraal als op meer micro-niveau, met instrumenten die daartoe kunnen worden gebruikt (Boostons nos collaborations, "construire des ponts"-dag), ...)
 - De moeilijkheid om IZP op te zetten, vooral gezien het aantal partners
 - Het grote aantal netwerken in bepaalde provincies of regio's
 - Gebrek aan overgang tussen circuits K&J en volwassenen

- **Wat de geografische dekking en de opdrachten van de mobiele teams betreft**, gaapt er nog steeds een kloof tussen de verwachte en de werkelijke rol van de mobiele teams, is er het probleem van het tekort aan bevrozing van bedden, met als gevolg een gebrek aan financiering, en zijn er moeilijkheden bij de aanwerving en de samenwerking met andere netwerken. **Niettemin is de geografische dekking van de mobiele teams sinds de oprichting van de netwerken significant geëvolueerd, evenals de ontwikkeling, zij het in mindere mate, van de samenwerking tussen de netwerken op dit niveau. De mobiliteit van de teams is een echte toegevoegde waarde; de ontwikkeling wat betreft het voldoen aan de vraag van de zorggebruikers blijft echter beperkt, met name vanwege de gebieden die niet worden bestreken, het feit dat de vraag veel groter is dan het aanbod, zelfs als het gebied wordt bestreken, en het verschil tussen de geografische dekking van de netwerken en de leefgebieden van de zorggebruikers**
- **Wat ten slotte de doelgroep van 16-23 jarigen betreft**, is iedereen het erover eens de situatie te betreuren waarin deze jongeren zich bevinden, die plotseling overstappen naar het netwerk volwassenen waar zij de initiatiefnemers worden van hun eigen zorg, terwijl zij tot dan toe werden gesteund. **De evolutie van de samenwerkingsverbanden blijft te zwak, terwijl de netwerken voor volwassenen veel baat zouden hebben bij deze samenwerkingsverbanden met de netwerken K&J voor deze specifieke doelgroep**
- Ook, in het algemeen, kan het nuttig zijn om :
 - een reflectie uit te voeren waarin de "cliënt" weer centraal komt te staan, in plaats van te blijven denken in sectoren; zo kan hij worden betrokken bij zijn eigen zorg, zowel op macro-, meso- als microniveau
 - Analyseren van de verankering van de visie op herstel bij de partners in hun zorgpraktijk

Deel 2. Synthese per doelstelling

3. Doelstelling 3: Verbetering van opvolging van gebruikers, toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de zorg

3. Verschillende hefboomen, geopperd door de panels, kunnen worden gebruikt

➤ Op het vlak van transversaliteit en continuïteit van de zorg

- De overheden erbij betrekken om de actoren in de geestelijke gezondheidszorg te helpen bij hun taak om de eerstelijnsactoren te ondersteunen
- Aanmoediging van de ontwikkeling van een nabijheidsaanpak in plaats van een provinciale of netwerkbrede aanpak
- Gebruik elke partner als een hefboom (de zorggebruiker komt het netwerk binnen via een partner die het hele netwerk kent)
- Samenwerkingsverbanden opzetten vanuit de praktijk: bv. opstellen van zorgplannen voor patiënten die alleen door huisartsen worden gevolgd
- Bevordering van uitwisselingen tussen geestelijke gezondheids- en culturele partners in de netwerken volwassenen om de continuïteit te waarborgen van de ondersteuning en de zorg voor patiënten die de netwerken K&J verlaten voor netwerken V
- Op het niveau van mobiele teams: "Mobiele teams" hernoemen tot "Intersectorale mobiele teams" (netwerken K&J) of "Multidisciplinaire mobiele teams" (V)

➤ Wat de samenwerking voor de specifieke doelgroep van 16-23-jarigen betreft

- het concept van overgang ontwikkelen om ervoor te zorgen dat de jongere de actor wordt in zijn of haar eigen zorg wanneer hij volwassen(e) wordt
- Ontwikkeling van een meer structurele samenwerking tussen de netwerken volwassenen en K&J met betrekking tot bepaalde doelgroepen, zoals 16-23-jarigen
- Verstrekken van middelen aan netwerken volwassenen om verbindingsfunctionarissen en/of contactpersonen voor ICL's te creëren

➤ De geografische dekking van mobiele teams vergroten :

- Bij de personeelsbezetting van mobiele teams rekening houden met de tijd die wordt besteed aan mobiliteit en de zorg/leefgebieden (niet alle netwerken zijn in dit opzicht gelijk (Brussel verschilt van Luxemburg))
- Aanwervingen in geografische gebieden met de laagste dekking
- verbetering van de toegankelijkheid en de mobiliteit door de oprichting van mobiele kantoren en antennes

Deel 3. Algemeen overzicht en vaststellingen

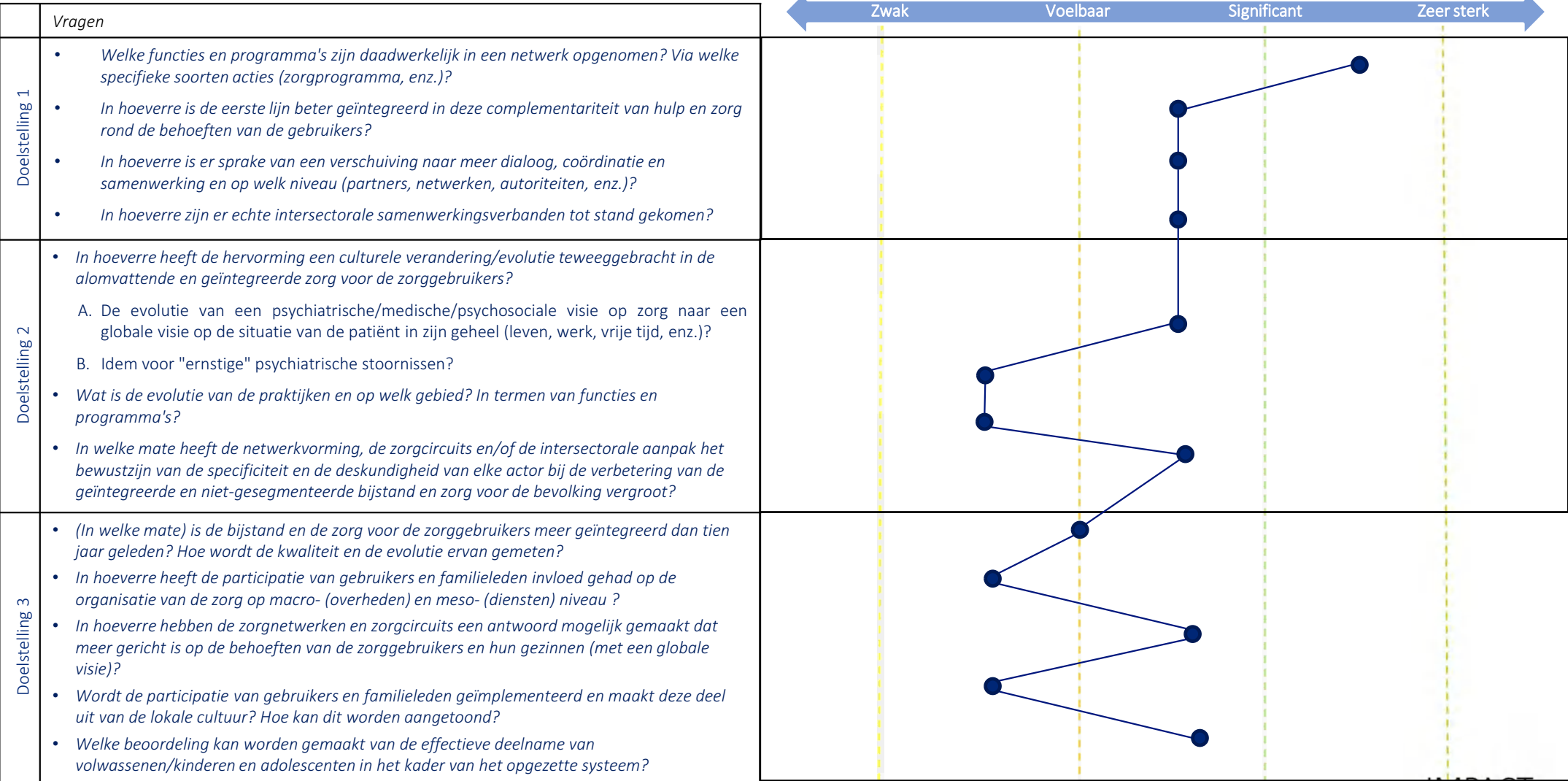
0. Inleiding

- In dit laatste deel geven we een overzicht van de analyse van het hervormingsproces zoals uitgerold in de netwerken, zowel volwassenen en kinderen en jongeren, aan de hand van :
 - 1. Een beoordeling objectief per objectief.**
 - De gemaakte beoordeling is een maatstaf voor het antwoord op de volgende vraag: Heeft het proces dat door de hervorming in gang is gezet de doelstellingen van de hervorming bereikt?
 - ✓ **positieve beoordeling: de vaststelling beantwoordt aan de doelstelling van de hervorming**
 - ~ **Gemengde beoordeling: de vaststelling is in overeenstemming met de hervorming, maar er moeten verbeteringen worden aangebracht**
 - X **negatieve beoordeling: de vaststelling beantwoordt niet de doelstelling van de hervorming**
 - Om ten slotte een algemene beoordeling te geven per doelstelling
 - 2. Meting van de perceptie van de panels over de ontwikkeling van de systemen overeenkomstig de doelstellingen van de hervorming.**
 - Dit is een overzicht van de antwoorden die de panels hebben gegeven op de vragen die door het Expertteam zijn geïdentificeerd (zie dia 8) en derhalve van de inschatting door de panels van de veranderingen op de verschillende punten sinds de oprichting van de netwerken
 - De horizontale pijlen geven de mate aan waarin de panels de ontwikkeling van de in de vragen betreffende de doelstellingen van de hervorming genoemde punten ervaren, op een schaal gaande van "Zwak" op het laagste niveau tot "Zeer sterk" op het hoogste niveau. De ononderbroken lijn verbindt de antwoorden van het panel op elke vraag en geeft zo een beeld van de ontwikkeling van het dispositief
 - 3. Een synthesenota**

1. Algemeen overzicht

Doelstelling	Vragen	Vaststellingen	Beoordeling
Doelstelling 1 : Stimuleren van participatie, netwerken en intersectorale samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> Welke functies en programma's zijn daadwerkelijk in een netwerk opgenomen? Via welke specifieke soorten acties (zorgprogramma, enz.)? <ul style="list-style-type: none"> In overeenstemming met de hervorming hebben de netwerken hun werkzaamheden toegespitst op verschillende functies en programma's. De panels merkten echter op dat sommige beleidsinitiatieven de netwerkvorming zouden omzeilen In hoeverre is de eerste lijn beter geïntegreerd in deze complementariteit van hulp en zorg rond de behoeften van de gebruikers? <ul style="list-style-type: none"> Een voelbare tot significante ontwikkeling In hoeverre is er sprake van een verschuiving naar meer dialoog, coördinatie en samenwerking en op welk niveau (partners, netwerken, autoriteiten, enz.)? <ul style="list-style-type: none"> Samenwerking bestaat op microniveau, maar moet op mesoniveau worden geïntensiveerd In hoeverre zijn er echte intersectorale samenwerkingsverbanden tot stand gekomen? <ul style="list-style-type: none"> Een voelbare tot significante ontwikkeling 	<ul style="list-style-type: none"> De netwerken evolueren, zowel in hun bestuur als in hun werking, in gunstige zin in de richting van intersectoraliteit De eerste lijn zou meer dan in het verleden worden geïntegreerd in de complementariteit van bijstand en zorg rond de behoeften van de zorggebruiker Er moet echter een grote inspanning worden geleverd om de partners maatschappelijk leven en de eerstelijnspartners te integreren. Netwerken zijn zich bewust van de toegevoegde waarde van samenwerking en transversaliteit Er bestaan samenwerkingsverbanden in de praktijk, maar op het niveau van werkgroepen en netwerkorganen zijn die moeilijk te verwezenlijken De netwerken intensiveren steeds meer hun samenwerking Sinds de oprichting van de netwerken heeft zich een positieve ontwikkeling voorgedaan in de intersectorale samenwerkingsverbanden die tot stand zijn gebracht Er is nog een grote inspanning nodig op het eerstelijnsniveau, waar nog niet voldoende rekening wordt gehouden met de geestelijke gezondheid Communicatie wordt steeds meer gebruikt om professionals en gebruikers bewust te maken van netwerkvorming Communicatie is echter moeilijk te concretiseren omdat daarvoor middelen nodig zijn waarover de netwerken niet in voldoende mate beschikken 	
Doelstelling 2 : Het teweegbrengen van een culturele verandering onder alle actoren betrokken bij de hervormingen	<ul style="list-style-type: none"> In hoeverre heeft de hervorming een culturele verandering/evolutie teweeggebracht in de alomvattende en geïntegreerde zorg voor de zorggebruikers? <ul style="list-style-type: none"> De evolutie van een psychiatrische/medische/psychosociale visie op zorg naar een globale visie op de situatie van de patiënt in zijn geheel (leven, werk, vrije tijd, enz.)? <ul style="list-style-type: none"> Een voelbare tot significante ontwikkeling Idem voor "ernstige" psychiatrische stoornissen? <ul style="list-style-type: none"> Een zwakke tot voelbare ontwikkeling Wat is de evolutie van de praktijken en op welk gebied? In termen van functies en programma's? <ul style="list-style-type: none"> De evolutie wordt nog niet als zeer positief ervaren. Denken en handelen in termen van functies en programma's is een belangrijke culturele verandering die soms als een extra werklast wordt ervaren. De gezondheids crisis wordt niettemin gepresenteerd als een kans die moet worden aangegrepen, omdat zij de netwerkvorming versterkt In welke mate heeft de netwerkvorming, de zorgcircuits en/of de intersectorale aanpak het bewustzijn van de specificiteit en de deskundigheid van elke actor bij de verbetering van de geïntegreerde en niet-gesegmenteerde bijstand en zorg voor de bevolking vergroot? <ul style="list-style-type: none"> Vrij beperkte evolutie aan de FR kant en significant aan de NL kant 	<ul style="list-style-type: none"> De communicatie is steeds verder ontwikkeld, waardoor het ontstaan van een netwerkcultuur onder de actoren is bevorderd. Er moeten nog veel inspanningen worden geleverd De participatie van de zorggebruikers en hun naasten is sinds de oprichting van de netwerken weinig veranderd; er moeten nog grote inspanningen worden geleverd om ervoor te zorgen dat zij reëel, in gewoonten verankerd en duurzaam is De actoren zijn zich bewust van de noodzaak om de zorggebruiker te steunen in een gemeenschappelijke algemene visie op herstel en van de toegevoegde waarde die dit zou opleveren. Er is echter nog een lange weg te gaan om dit te bereiken Er is nog geen algemene visie of een gemeenschappelijke definitie van herstel: de visie zou bestaan in Vlaanderen, maar nog niet voldoende worden uitgevoerd, en nog niet in de andere 2 regio's De netwerken zouden te zeer gericht zijn op hun organisatorische opbouw en niet op wat zinvol is in hun werk De vele overheden met verschillende bevoegdheidsniveaus die, volgens de perceptie van de panels, niet met elkaar overeenstemmen Niettemin heeft zich sinds de oprichting van de netwerken een evolutie voorgedaan Aanzienlijke evolutie naar een cultuuromslag in het globale en geïntegreerde beheer van "lichte" gevallen De medische visie blijft overheersen en de evolutie naar een meer holistische benadering van de zorg is naar verluidt zwakker in het geval van ernstige psychiatrische stoornissen 	 
Doelstelling 3: Verbetering van de opvolging van de gebruikers, de toegankelijkheid en de continuïteit van de zorg en de kwaliteit van de zorg	<ul style="list-style-type: none"> (In welke mate) is de bijstand en de zorg voor de zorggebruikers meer geïntegreerd dan tien jaar geleden? Hoe wordt de kwaliteit en de evolutie ervan gemeten? <ul style="list-style-type: none"> Er heeft zich een lichte ontwikkeling voorgedaan, maar er wordt nog steeds in silo's gewerkt, hoofdzakelijk op het niveau van de volwassenen. Bovendien moeten sommige complexe situaties gericht blijven op zorg In hoeverre heeft de participatie van gebruikers en familieleden invloed gehad op de organisatie van de zorg op macro- (overheden) en meso- (diensten) niveau? <ul style="list-style-type: none"> Een zwakke tot voelbare ontwikkeling In hoeverre hebben de zorgnetwerken en zorgcircuits een antwoord mogelijk gemaakt dat meer gericht is op de behoeften van de zorggebruikers en hun gezinnen (met een globale visie)? <ul style="list-style-type: none"> Een voelbare tot significante ontwikkeling Wordt de participatie van gebruikers en familieleden geïmplementeerd en maakt deze deel uit van de lokale cultuur? Hoe kan dit worden aangetoond? <ul style="list-style-type: none"> Een zwakke tot voelbare ontwikkeling Welke beoordeling kan worden gemaakt van de effectieve deelname van volwassenen/kinderen en adolescenten in het kader van het opgezette systeem? <ul style="list-style-type: none"> Er wordt vooruitgang geboekt, maar het duurt lang. Wij moeten de toegankelijkheid en de continuïteit van de zorg in de samenleving blijven bevorderen 	<ul style="list-style-type: none"> Netwerkvorming heeft geleid tot veranderingen in bepaalde praktijken De samenwerking binnen en tussen netwerken moet op alle niveaus worden geïntensiveerd Het ontbreken van preventie-actoren Gebrek aan aandacht voor of kennis van geestesziekten bij sommige partners De moeilijkheid om IZP op te zetten, vooral gezien het aantal partners Het hoge aantal netwerken in bepaalde provincies of regio's Gebrek aan overgang tussen circuits K&J en volwassenen De evolutie van de geografische dekking van mobiele teams is significant De ontwikkeling, zij het in mindere mate, van samenwerking tussen netwerken op dit niveau De evolutie in de mate waarin aan de vraag van de zorggebruikers wordt voldaan, blijft beperkt Wat de doelgroep van 16- tot 23-jarigen betreft, betreffen allen de situatie waarin deze jongeren zich bevinden wanneer zij plotseling in het netwerk volwassenen terecht komen 	 

2. Meting van de perceptie van de panels, per doelstelling, van de evolutie van het hervormingsproces



De horizontale pijlen geven de mate aan waarin de panels de ontwikkeling van de in de vragen betreffende de doelstellingen van de hervorming genoemde punten ervaren, op een schaal gaande van "Zwak" op het laagste niveau tot "Zeer sterk" op het hoogste niveau. De ononderbroken lijn verbindt de antwoorden van het panel op elke vraag en geeft zo een beeld van de evolutie van het hervormingsproces

3. Synthesenota

Context

- De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg was een voortzetting van de hervormingen die reeds in de laatste decennia van de 20e eeuw op gang waren gebracht en in de 21e eeuw werden voortgezet. De hervorming heeft belangrijke veranderingen teweeggebracht in die zin dat het actoren uit alle sectoren rondom de zorggebruiker, en niet langer alleen die uit de sector van de geestelijke gezondheidszorg, heeft aangemoedigd om samen te werken teneinde een holistische oplossing te bieden voor zijn of haar levensproblemen. De oprichting van netwerken is inderdaad een nieuwigheid die door de hervorming in gang is gezet.
- Deze hervorming is recent: 10 jaar voor volwassenen, iets meer dan 5 jaar voor kinderen en jongeren.
- Netwerkvorming wordt nu duidelijk gezien als DE praktijk die moet worden gebruikt om het einddoel te bereiken, namelijk de persoon met geestelijke gezondheidsproblemen gedifferentieerde en geïntegreerde zorg bieden op basis van diens behoeften en uitgaande van zijn/haar leefomgeving, zijn/haar concrete leef-, leer- en werkomstandigheden.

Waar staan we vandaag in dit proces?

- Tal van ontwikkelingen dragen inmiddels bij tot de verwezenlijking van deze doelstelling :
 - Doelstelling 1: Intersectoraliteit komt zowel in het bestuur als in de werking van netwerken tot uiting, samenwerkingsverbanden worden geïntensiveerd en communicatie wordt gebruikt als middel om het bewustzijn van intersectoraliteit en netwerkvorming te vergroten.
 - Doelstelling 2: Er vinden culturele veranderingen plaats: de netwerkpartners zijn zich bewust van de toegevoegde waarde van samenwerking om zorggebruikers te helpen herstellen, ook met zorggebruikers en hun gezinnen. Er zijn veel "klinische" contacten en samenwerking rond de zorggebruiker op plaatselijk niveau. Er worden gecoördineerde praktijken ontwikkeld, met name voor het beheer van minder ernstige situaties.
 - Doelstelling 3: Er werden antwoorden gegeven over de toegankelijkheid en de continuïteit van de zorg: dankzij de websites van de netwerken in het bijzonder, maar ook dankzij de netwerkvorming tussen de partners, heeft de zorggebruiker nu toegang tot een hele reeks gegevens over het zorgaanbod dicht bij huis, de mobiele teams zijn geografisch gezien globaal goed ingeburgerd en voeren ook de netwerkwerkzaamheden met de partners uit, er worden initiatieven genomen om na te denken over instrumenten die gemeenschappelijk zijn voor de verschillende zorgverleners die de patiënt omringen .
- Niettemin zijn er verbeteringen naar voren gebracht door de panels die we gehouden hebben :
 - Blijven streven naar actieve betrokkenheid en engagement van de partners en naar evenwicht tussen geestelijke gezondheid, welzijn en maatschappelijk leven :
 - ✓ Partners uit de geestelijke-gezondheidssector domineren nog steeds de netwerken, zowel vanwege hun beroep als om historische en financiële redenen
 - ✓ De inspanningen voor de integratie van de eerste lijn zijn weliswaar reeds succesvol, maar moeten worden voortgezet (met de moeilijkheid van de vertegenwoordiging van bepaalde partners), evenals die voor de maatschappelijk leven
 - Partners mobiliseren om samen te werken voor bepaalde doelgroepen (jonge kinderen, ouderen of 16-23-jarigen)
 - De participatie van de zorggebruikers doeltreffender maken (aanwezigheid betekent niet betrokkenheid)
 - Verdere verbetering van communicatieacties
 - Om een holistische visie op herstel te ontwikkelen moet het denken in netwerken en de complementariteit tussen de partners centraal staan in de acties van de netwerken en de besluiten van de overheden
 - Tenslotte, doelstellingen blijven vaststellen en de evaluatie van de werking van het netwerk blijven versterken

Hoe zit het met morgen?

- De netwerken vragen om meer steun van de overheden en om meer onderlinge coherentie in het beleid. De netwerken zetten hun werk voort en investeren steeds meer, beseefende dat het proces pas over een jaar of tien zijn volle effect zal bewerkstelligen (minstens een generatie is nodig om een dergelijke verandering te bewerkstelligen en te concretiseren), maar zij voelen zich vaak aangewezen op de goodwill van de partners, die zelf de tijd moeten vinden om zich in te zetten.